

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Abdol Vahab AZMA

Né à Yezd (Iran) le 6 mars 1907

LES GRANDES HÉMORRAGIES CHEZ LES PROSTATIQUES

Président : M. MARION, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{te}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936.

276

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THESE

N° —

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Abdol Vahab AZMA

Né à Yezd (Iran) le 6 mars 1907

LES GRANDES HÉMORRAGIES CHEZ LES PROSTATIQUES

Président : M. MARION, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	CLOQUET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN. . . Pathologie médicale.
 BULLIARD. . . Histologie.
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON. . . Physique.
 FEY. . . Urologie.
 GALLIARD. . Parasitologie.
 GASTINEL. . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. . . Physiologie.
 GIROUD. . . Histologie.
 HAGUENAU. Pathologie médicale.
 HALPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD. . . Pharmacologie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 JOANNON. . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME. . . Obstétrique.
 LANTUÉJOL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Gay). Pathologie médicale.
 LEMAIRE. . . Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. . . Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN. . . Pathologie médicale
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. . . Obstétrique.
 RICHEL. . . Physiologie.
 SANNIÉ. . . Chimie biologique.
 SÉNÈQUE. . . Pathologie chirurgicale.
 TROISIER. . Pathologie expérimentale
 TURPIN. . . Pathologie médicale.
 VIGNES. . . Obstétrique.
 WILMOTH. . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE. . . Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET. . . Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 NEVEU LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI . .	} Clinique médicale.	BASSET. .	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCC . .	
AUBERTIN .		CADENAT .	
BRULÉ . .		GATELLIER.	
CHABROL. .		HEITZ-BOYER	
IRAY . .		MOURE. .	
DONZELOT .		QUÉNU. .	
DUVOIR . .		SCHWARTZ	
LIAN . . .		VELTER .	
PASTEUR VAL- LÉRY-RADOT			
SÉZARY . .			

ECALLE . .	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER .	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER .	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLE.	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE
RÉZA SCHAH PAHLAVI

Souverain bien-aimé, rénovateur de l'Empire de l'Iran.

Très humble et très respectueux hommage.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON ONCLE

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS DE L'IRAN ET DE FRANCE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FEY

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MARION

*Tous mes remerciements pour
ses bienveillants conseils.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PÉRARD

Ancien chef de clinique

A MONSIEUR LE DOCTEUR NAGGIAR

Chef de clinique

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE TÉHÉRAN

A MES MAITRES
A LA FACULTÉ
ET DANS LES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES MAITRES
A LA FACULTÉ
ET DANS LES HOPITAUX DE PARIS

AUX MEMBRES DE MON JURY DE THÈSE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. MARION

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de clinique urologique

à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Mon cher Maître,

Vous m'avez cordialement ouvert les portes de votre service. Vous m'avez fait l'honneur de me laisser, pendant toute l'année, travailler sous votre direction, suivre votre enseignement, profiter de vos conseils. Je garde de votre bienveillant accueil un souvenir ému. Vous m'avez donné le sujet de cette thèse; vous m'honorez encore en acceptant de la présider. Permettez-moi, mon cher maître, de vous dédier cet humble travail: c'est un gage bien imparfait et bien modeste de la profonde reconnaissance que je vous dois.

INTRODUCTION

Parmi les accidents assez fréquents des prostatiques il faut signaler les hémorragies qui parfois peuvent, du fait de leur abondance, de leur répétition et de leur résistance à toute thérapeutique habituelle, devenir graves et mettre la vie du malade en danger.

Nous ne voulons pas parler de ces hémorragies banales qui sont très fréquentes au cours de l'hypertrophie de la prostate et qui sont dues, soit aux calculs vésicaux ou prostatiques, soit aux diverticules ou néoplasmes de la vessie, mais de ces hémorragies prostatiques proprement dites persévérantes et abondantes, incoercibles et rebelles aux différentes tentatives habituelles de traitement où les chirurgiens et urologistes ont été obligés d'intervenir par une cystostomie d'urgence et même cystostomie et prostatectomie d'emblée pour les juguler et sauver la vie de leur malade.

Depuis que la méthode Fuller-Freyer a été vulgarisée comme traitement efficace des hypertrophies prostatiques et à la suite de laquelle la mortalité opératoire a été diminuée d'une façon considérable les chirurgiens par leur intervention précoce, empêchent ces complications et accidents graves auxquels les malades sont exposés au cours de leur adénome de la

prostate. Néanmoins les malades négligents et intran-sigeants qui restent sourds aux conseils des urolo-gistes gardent pendant longtemps leur adénome prosta-tique et n'acceptent aucune intervention jusqu'au jour où un accident grave met leurs jours en danger.

C'est ainsi qu'un auteur américain : Charles, Shi-vers, en rapportant un cas très intéressant d'accident de ce genre, a pu réunir vingt-six observations de grandes hémorragies opérées dans ces conditions dans différents services d'urologie du monde et discutées devant diverses sociétés chirurgicales et urologiques.

Le premier cas a été rapporté dans la littérature médicale par Adler en 1892. D'autres observations semblables ont été relatées tant par des urologistes que par des chirurgiens : Boyd, Adenot, Pasteau et M. le Professeur Marion.

Dernièrement pendant que nous suivions l'enseigne-ment de notre Maître, M. le Professeur Marion, trois cas de ce genre se sont succédés dans son service. Il a bien voulu nous honorer en nous suggérant à cette occasion un sujet de thèse et en nous chargeant d'étudier cette question particulièrement intéressante, tant au point de vue d'étiologie qu'au point de vue efficacité de prostatectomie.

Notre sujet nous conduit naturellement à examiner d'une façon rapide les hémorragies d'origine prosta-tique en général, à étudier de plus près celles qui surviennent au cours des différentes périodes de l'évo-lution de l'hypertrophie de la prostate en relevant leurs causes et les modalités de leur production.

Pour entrer enfin dans le cœur même du sujet, c'est-à-dire les grandes hémorragies chez les prostatiques, à cette occasion nous signalerons aussi les grandes hémorragies post-opératoires.

Nous consacrerons un chapitre au diagnostic différentiel permettant d'éliminer les hématuries provoquées par diverses affections de l'arbre urinaire et ferons remarquer que ces hémorragies peuvent coïncider avec une hypertrophie de la prostate sans que cet organe soit directement en cause.

CHAPITRE PREMIER

LES HÉMORRAGIES PROSTATIQUES EN GÉNÉRAL

Les hémorragies d'origine prostatique présentent tant par leurs manifestations cliniques que par le mécanisme de leurs productions des caractères particuliers. Ces caractères ne sont pas toujours semblables et il faut, comme le fait remarquer M. le Professeur Marion, « lorsque nous nous trouvons en présence d'une hémorragie d'apparence prostatique, commencer par éliminer la possibilité du saignement des autres organes : reins, vessie, etc... et nous arrêter à la prostate seulement après avoir vérifié que le sang ne vient d'aucun autre point de l'appareil urinaire. »

D'autre part, toutes les affections de la prostate ne donnent pas le saignement ; ses rapports et sa situation anatomique expliquent bien la diversité des symptômes qu'elle présente au cours des différentes affections dont elle souffre.

En effet elle est traversée d'une part par l'urètre, d'autre part par les canaux éjaculateurs ; elle est revêtue d'un côté par la muqueuse urétrale, de l'autre côté par une partie de la muqueuse vésicale. Nous ne nous occuperons ici que des différentes circons-

tances dans lesquelles la prostate saigne, car la même affection prostatique peut saigner ou ne pas saigner.

Ces circonstances particulières sont dues soit à la prostate, soit à un facteur extra-prostatique.

Une des circonstances pouvant déterminer les hémorragies prostatiques sont les *traumatismes*, soit accidentels, soit opératoires.

Les traumatismes *accidentels* par un corps tranchant ou piquant peuvent atteindre la prostate par l'hypogastre, à travers la vessie, par le rectum, soit qu'il s'agisse d'un corps venu de l'intestin, ce qui est exceptionnel, soit d'un corps introduit par l'anus. Dans les deux premiers cas les lésions vésicales et rectales priment de beaucoup dans la phase immédiate les lésions prostatiques.

Exceptionnellement la plaie prostatique détermine une hémorragie pouvant constituer un symptôme inquiétant (M. Marion, *Encyclopédie d'urologie*).

Lorsqu'un instrument pénètre par le périnée il peut intéresser l'urètre ou bien la prostate seule, auquel cas elle ne présentera pas d'autres particularités qu'une plaie périnéale banale. Les projectiles modernes peuvent atteindre la prostate par n'importe quel point de la ceinture pelvienne.

Le plus souvent ils intéressent d'autres organes : vessie, intestin ou urètre, et dans ces cas la lésion prostatique ne compte pas. Lorsque la prostate seule est intéressée, les lésions sont comme celles du tissu cellulaire du bassin (Pousson, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*).

Les traumatismes *opératoires* sont plus importants et peuvent être provoqués par un cathétérisme, soit explorateur, soit évacuateur, avec ou sans fausse route.

Quelquefois le plus délicat cathétérisme peut provoquer une hémorragie très importante sans qu'il y ait de fausse route ou la moindre éraillure de la muqueuse urétrale ; ces hémorragies peuvent se produire au moment même du sondage ou plus tard. L'intensité du saignement n'a aucun rapport avec la force du traumatisme mais plutôt avec l'état de congestion de la prostate et surtout avec le degré d'infection des urines. La région qui saigne est la muqueuse de l'urètre prostatique, mais on est vraiment embarrassé pour faire la part de chaque point qui saigne ; ce peut être la muqueuse urétrale, surtout dans les cas de certains rétrécissements, ce peut être également la *veru montanum* avec l'utricule prostatique, les canaux éjaculateurs et enfin la prostate.

Néanmoins il y a des cas où l'on a pu arrêter l'hémorragie en agissant sur la région prostatique. Ainsi M. le Professeur Marion cite (*Encyclopédie française d'urologie*) le cas d'un malade qu'il fut obligé de prostatectomiser d'urgence pour l'hémorragie à la suite d'un sondage. A l'opération on pouvait constater une suffusion sanguine dans l'urètre prostatique sans aucune ulcération notable. (Observation n° VIII). Le sang de l'urètre prostatique a plutôt tendance à passer au-dessus des sphincters de la vessie qu'à s'écouler par l'urètre antérieur, il peut alors y avoir des hématuries très abondantes formant même des caillots.

Quelquefois le saignement peut se faire en même temps dans l'urètre et dans la vessie.

Le cathétérisme peut provoquer l'hémorragie par *fausse route* ; ces fausses routes se produisent dans la région prostatique ou bulbaire de l'urètre et sont dues soit à une manœuvre défectueuse, soit à une manœuvre brutale ; l'hémorragie peut être immédiate après la sortie de l'instrument et chaque fois que le malade essaye d'uriner.

Escat cite un cas (*Encyclopédie française d'urologie*) où il fut obligé d'intervenir par une abondante hématurie à la suite d'une fausse route et où la prostate était littéralement embrochée par l'instrument explorateur.

Elle peut être *secondaire* à la suite de chute de l'escarre. Dans ces cas il y a urétrorragie et hématurie dues au passage d'une partie du sang de l'urètre dans la vessie.

La cause la plus fréquente de l'hémorragie prostatique est l'*hypertrophie* qui fait le sujet du chapitre suivant où nous verrons que ces hémorragies peuvent être spontanées ou provoquées à la suite d'un cathétérisme.

Le *néoplasme* de la prostate peut saigner exceptionnellement dans la période du début, et le saignement survient sans cause appréciable et sans être modifié par le repos ; l'hémorragie peut durer de quelques mictions à quelques jours.

Cependant Carlier cite un cas où l'hématurie s'est prolongée pendant deux mois sans rémission. Ce signe

de début n'est pas admis par tous les auteurs : M. Legeu (*Traité d'urologie*) la considère comme un signe commun de néoplasme prostatique et insiste sur ce fait qu'elle est initiale, légère, capricieuse et intermittente. Alglave (*Encyclopédie française d'urologie*) considère le cancer de la prostate comme une cause d'hémorragie dans un tiers des cas. Pauchet l'admet dans 10 % des cas. Mais, M. le Professeur Marion (*Traité d'urologie*) la croit *exceptionnelle* dans la période de début.

Plus rarement ce sont de véritables urétrorragies dues à l'ulcération de l'urètre par invasion du cancer de la prostate.

Dans la *tuberculose* de la prostate les hémorragies se présentent au début de la maladie sous forme de petites hématuries initiales et surtout terminales comparables aux petites hémoptysies au début de la tuberculose pulmonaire. A la période d'état les hématuries sont dues soit à la congestion, soit à des ulcérations ; elles sont variables d'intensité et ne seront graves que si l'ulcération a atteint un vaisseau dans une cavité prostatique. Les hématuries de la période terminale sont rares, mais de beaucoup plus graves, et mettent la vie du malade en danger.

Dans la *syphilis* de la prostate l'hématurie a été signalée d'une façon imprécise soit sous la forme d'hématurie terminale (Rush), soit d'apparence totale (Le Fur) (1).

(1) *Traité d'urologie* de M. Marion.

CHAPITRE II

LES HÉMORRAGIES PROSTATIQUES AU COURS DE L'ÉVOLUTION DE L'ADÉNOME DE LA PROSTATE

I. — LEURS CARACTÈRES ET LEURS MODALITÉS.

La cause la plus fréquente des hémorragies prostatiques, comme nous l'avons signalé dans le chapitre précédent, est l'hypertrophie de la prostate.

Les circonstances dans lesquelles ces hémorragies se produisent sont variables aussi bien par leur origine que par leur cause. La prostate des prostatiques peut saigner accidentellement au cours d'un cathétérisme, mais elle peut aussi saigner, sans aucune cause apparente, donc spontanément.

Le sang qui en sort peut s'accumuler dans l'urètre prostatique et déterminer une hématurie initiale, le reste de l'urètre étant limpide. Quelquefois les dernières gouttes de l'urine sont colorées par le sang, sous l'influence de la contraction vésicale, l'hématurie devient en même temps initiale et terminale. Enfin le plus souvent l'hématurie est d'apparence totale, mais plus marquée à la fin ; en réalité elle est donc terminale.

Plus rarement le saignement peut se manifester sous la forme d'une urétrorragie : Albarran en a cité un

cas, M. le Professeur Marion en mentionne deux cas dans l'*Encyclopédie française d'urologie* et deux autres sont rapportés ici dans nos observations (n^{os} II et VII). Les malades perdent le sang à l'occasion des poussées congestives.

Dans d'autres cas on peut observer que l'urétrorragie s'accompagne de l'hématurie. L'intensité des hématuries est variable ; tantôt l'urine est seulement teintée par quelques gouttes de sang au début ou à la fin de la miction, tantôt elle est rouge, noirâtre contenant des caillots qui peuvent entretenir le saignement et même provoquer une rétention d'urine si on ne les évacue pas aussi complètement que possible.

L'abondance peut quelquefois être telle qu'on soit obligé d'intervenir d'urgence ; les malades s'anémient à vue d'œil (observations n^{os} IV et X).

L'hémorragie prostatique dans l'hypertrophie de la prostate peut être provoquée par un simple cathétérisme explorateur ou évacuateur d'un malade en rétention complète aiguë ou chronique constituant alors l'hémorragie à vacuo dont la gravité vient du fait que c'est l'arbre urinaire tout entier qui saigne. L'hématurie apparaît alors après le sondage et continue indéfiniment. Plus importantes encore sont les hématuries spontanées au cours de l'hypertrophie de la prostate, l'âge des malades, mais surtout les poussées congestives et les accès de rétention d'urine paraissent influencer leur apparition. Ce sont en général des hémorragies discrètes, en tout cas moins abondantes que celles qui surviennent après le sondage.

Elle sont initiales ou terminales à la fois. Elles apparaissent rarement dans la période de début de l'hypertrophie constituant le premier symptôme de cette affection. Cependant Loumeau, Pauchet, M. le Professeur Marion (*Encyclopédie française d'urologie*) en ont observé quelques cas et l'observation n° XX démontrera la possibilité de ce cas.

On observe le plus souvent ces hématuries comme nous l'avons mentionné, aux périodes de rétention avec ou sans distension au moment d'une poussée congestive des organes du petit bassin. Dans les périodes de rétention aiguë on peut les vérifier en sondant le malade ; la sonde ramène alors du liquide sanguinolent sans que l'hémorragie soit due au sondage ou à l'évacuation trop brusque du liquide ; l'hémorragie date de quelque temps déjà, elle devient plus abondante au moment où il y a cystite, fait important qui montre justement l'infection des urines comme facteur d'aggravation de ces hémorragies de la prostate chez les prostatiques. Ainsi Escat a décrit dans sa thèse des hémorragies provoquées par des causes extra-prostatiques telles que la pyélonéphrite ascendante, la dilatation, etc...

D'autre part chez un prostatique qui saigne il ne faut pas exclure toutes les affections qui pourraient provoquer le saignement, il faudrait même commencer par éliminer l'origine non prostatique du saignement.

II. — LEURS CAUSES ET LEURS ORIGINES.

Chez un prostatique toutes les parties de l'appareil urinaire peuvent donner naissance à l'hémorragie.

— Lorsque l'hémorragie survient à la suite d'un sondage ou cathétérisme le sang provient d'une façon certaine de la région bulbaire ou de la région prostatique, soit d'une éraillure ou d'une déchirure de la muqueuse de l'urètre prostatique, ou même si le traumatisme a été plus accentué, d'une fausse route. Dans ces cas, il est facile de comprendre le mécanisme de production de ces hémorragies.

— Le cas le plus difficile à interpréter est l'hémorragie survenant après un simple cathétérisme sans qu'il y ait la moindre éraillure de la muqueuse. On a incriminé avec raison dans quelques cas l'état congestif de la muqueuse prostatique, fait que l'on peut constater d'ailleurs à l'urétroscopie. Quelquefois même la congestion est tellement accentuée qu'elle peut donner l'aspect d'un polype.

L'urétrite postérieure peut également déterminer des végétations angiomateuses (Motz) (1).

Ces lésions peuvent dans certains cas expliquer l'hémorragie à la suite du plus doux sondage.

Mais dans d'autres cas on ne peut rien trouver à l'urétroscopie et si on examine les urines on les constate troublées et infectées ; dans ces cas on peut donc penser que l'hémorragie qui suit le sondage peut

(1) *Annales des maladies des organes genito-urinaires.*

être provoquée par l'infection des urines (observation n° VII).

L'infection des urines peut se faire aussi en dehors de tout sondage et devenir une cause d'hémorragies (observation XIV).

Le point le plus difficile est d'expliquer le mécanisme des hémorragies spontanées en dehors de toutes interventions.

Dans les hémorragies comme symptôme d'un néoplasme ou bacillose prostatique on peut en trouver l'origine dans l'atteinte d'un vaisseau par processus ulcératif, néoplasique ou infectieux.

Les hémorragies spontanées au cours de l'hypertrophie prostatique peuvent venir soit de la région prostatique de l'urètre, soit de la région prostatique vésicale.

La muqueuse de l'urètre prostatique peut saigner sous l'influence de la congestion et surtout quand les urines sont infectées. A l'urétroscope on voit que toute la région est sillonnée de vaisseaux dilatés faisant saillie à la surface de la muqueuse. L'inflammation de la muqueuse urétrale prostatique explique dans un certain nombre de cas les hémorragies prostatiques spontanées.

Le saignement spontané de la région prostatique de la vessie est plus fréquent.

Bazy a pu constater au cours d'une cystostomie une hémorragie prenant naissance au niveau du col vésical, turgescent, soulevée par une hypertrophie de la prostate ainsi que le démontre clairement l'observation n° XXIII.

On peut constater quelquefois à la cystoscopie une muqueuse parsemée de veinules ramifiées avec dilata-tions ampullaires sinueuses. La muqueuse peut saigner en nappe ou il peut s'agir d'un véritable saignement dû à un vaisseau volumineux dilaté.

Michon a été obligé d'intervenir d'urgence dans deux cas d'hémorragies prostatiques spontanées au cours d'une hypertrophie prostatique en enlevant la prostate ; l'hémorragie venait de la muqueuse recouvrant les lobes prostatiques. D'autre part les modifications des vaisseaux prostatiques expliquent qu'ils puissent donner lieu à des hémorragies. Motz en examinant des prostates dans lesquelles existent des foyers hémorragiques ouverts ou non dans la vessie, a constaté que dans le stroma conjonctif musculaire existait une énorme quantité de capillaires néoformés, dilatés et remplis de sang ; les parois de ces capillaires étaient partiellement détruites.

— Il faut accorder à l'infection des urines une plus grande place parmi les causes des hémorragies prostatiques spontanées. Tant que le malade conserve des urines claires aseptiques, il ne saigne pas ; il suffit que les colibacilles ou d'autres agents septiques pullulent dans les urines pour faire saigner la prostate. Le mécanisme est d'ailleurs assez connu, le saignement s'explique par des modifications inflammatoires de la muqueuse de revêtement de la prostate. Les observations (VII et IX) sont concluantes à ce point de vue.

— Les hémorragies à vacuo connaissent un tout autre mécanisme. Au moment d'une rétention complète aiguë

ou chronique les vaisseaux de la vessie sont distendus, turgescents, dilatés, comme on peut d'ailleurs s'en rendre compte en pratiquant une cystostomie. Lorsque l'on évacue brusquement tout le liquide vésical, il en résulte une diminution brusque de la pression intra-vésicale, et les parois des vaisseaux étant en quelque sorte aspirées par le vide comme par une ventouse cèdent et se rompent (M. Marion) (1). Dans une cystostomie les conditions changent puisque le liquide de la vessie est remplacé par de l'air. Mais ce qui rend cette hémorragie plus redoutable, c'est que souvent ce n'est pas la vessie seule qui saigne mais tout l'appareil urinaire supérieur : l'uretère, le bassin et le rein. Le fait a été constaté à l'autopsie et on a trouvé la substance rénale infiltrée de sang (Escat) (2).

L'hématurie des prostatiques réserve parfois des surprises par son origine. Ainsi Escat rappelle dans sa thèse le cas de deux malades prostatiques infectés chez lesquels, à l'autopsie, il a trouvé la vessie et les reins pleins de caillots ; le parenchyme rénal infiltré d'exsudats hémorragiques : il s'agissait d'une véritable pyélonéphrite hémorragique.

Il existe des cas d'hémorragies chez les prostatiques dont la cause relève des lésions extra prostatiques telles : néoplasme rénal ou polype vésical (observations XII et XIII).

(1) *Encyclopédie française d'urologie.*

(2) *Thèse de Paris (1897).*

CHAPITRE III

LES HÉMORRAGIES GRAVES

Dans les précédents chapitres en étudiant les différentes affections de la prostate qui peuvent donner naissance à des hémorragies, nous avons constaté que l'hypertrophie de la prostate constitue la cause la plus fréquente.

Nous avons étudié le mécanisme de leur production, leur pathogénie, leur modalité, et les circonstances dans lesquelles elles se produisent.

Au cours de cette étude nous avons signalé le cas où ces hémorragies prennent une allure inquiétante et fâcheuse par leur abondance et surtout par l'inefficacité des traitements habituels que l'on essaie pour les arrêter.

C'est de ces hémorragies que nous voulons parler ici ; hémorragies qui en somme ne sont que des cas particuliers de celles survenant au cours des différentes périodes de l'évolution de l'adénome prostatique. Elles n'ont fait l'objet d'aucun ouvrage spécial n'étant que des faits cliniques observés par les chirurgiens ou urologistes et cités devant les différentes sociétés et congrès de chirurgie et d'urologie. Nous les étudierons ici au point de vue pratique et sous leur

aspect clinique en nous appuyant sur nos observations recueillies dans le service de notre Maître M. le Professeur Marion et sur celles trouvées dans les comptes rendus des diverses sociétés d'urologie.

Nous laisserons de côté les hémorragies assez importantes et profuses de causes extraprostatiques coïncidant avec une hypertrophie de la prostate ce qui peut, en surajoutant des phénomènes congestifs et infectieux aggraver l'hémorragie. Les causes de cet ordre d'hémorragie ainsi que nous l'avons étudié dans le chapitre précédent siègent, non pas dans la prostate, mais dans d'autres points de l'arbre urinaire.

Escat dans sa thèse sur les hématuries rénales chez les prostatiques (1897) a étudié cette question. Il cite un cas où l'hémorragie est survenue chez un prostatique qui a succombé et dont l'autopsie a révélé des lésions extra-prostatiques rénales assez importantes pouvant expliquer ces hématuries. Nous rapportons plus loin deux observations où l'hémorragie est due, dans un cas, au néoplasme rénal et dans l'autre à un polype vésical.

Les grandes hémorragies qui nous intéressent ici sont celles qui surviennent comme complication de l'adénome prostatique dans lesquelles l'hypertrophie de la prostate est la cause essentielle. Nous ne reviendrons pas sur le mécanisme de leur production qui a été étudié dans le chapitre précédent et qui relève des mêmes causes.

La particularité de ces hémorragies est leur abondance, leur persistance et surtout leur origine. Il est

parfois délicat de déceler la cause et le point de départ de ces hémorragies (obs. VIII).

Charles Shiver dans les 26 cas qu'il a réunis n'a pu déterminer les causes que dans 10 cas seulement.

Adler, le premier a rapporté en 1892 un cas d'hémorragie grave chez un prostatique. Il a pu contrôler et arrêter l'hémorragie en cautérisant après une cystostomie le point de saignement de la prostate (obs. XIX).

Boyd rapporte un cas où l'hémorragie était due à un gros vaisseau dilaté situé sur la face de la prostate et il est parvenu à arrêter par cautérisation. Dans un autre cas semblable il n'a pu arrêter l'hémorragie que par cystostomie ou prostatectomie (obs. XV).

Adenot en 1902 rapporte également un cas où pour sauver la vie de son malade il a dû faire une prostatectomie d'urgence (obs. VI.)

Pasteau en 1911, en discutant la question devant l'Association française d'urologie rapporte un cas et déclare notamment : « Après avoir échoué par tous les moyens que j'ai employés contre cette hémorragie, j'ai dû ouvrir la vessie pour trouver la cause de l'hémorragie et ce n'est qu'en enlevant la prostate que j'ai pu l'arrêter ».

Michon à la même occasion cite 3 cas : dans l'un la cystostomie préparatoire fut effectuée pour la prostatectomie ultérieure. Dans un autre la prostatectomie a été faite d'emblée et a amené la guérison du malade.

Pasteau au cours d'une deuxième discussion en 1925 insiste sur la nécessité de ces prostatectomies d'urgence comme un moyen efficace pour juguler ces hémorra-

gies que l'on n'a pu arrêter par aucun autre moyen.

Thomson Walker en rapportant un cas où il a pratiqué la prostatectomie trouve l'origine de l'hémorragie dans la partie postérieure du lobe gauche de la prostate ; ce lobe présentait trois plaques rouges congestionnées qui constituaient l'origine de l'hémorragie (obs. XVII).

Kretshmer a trouvé dans un cas de ce genre, un vaisseau variqueux sur la partie postérieure du lobe médian (obs. XVII).

Bazy, en 1897, a arrêté une hémorragie par application du fer rouge et a conclu à son origine prostatique (obs. XXIII). Devant la Société de Chirurgie il déclara en rapportant un autre cas : « Il existe assurément chez les prostatiques un plus grand nombre d'hématuries qu'on ne le suppose et qui ont cette origine dont les preuves sont données par l'examen de la prostate et de la vessie pendant les opérations ».

Albarran pense que certaines hémorragies sont dues à une énorme vascularisation anormale de la prostate et il rapporte un cas où l'hémorragie par son abondance a nécessité l'opération urgente et où l'on a trouvé une veine variqueuse sous la surface de la glande.

D'autres auteurs comme Noguès, Aumont et surtout M. le Professeur Marion, rapportent des cas où ils ont pu contrôler l'hémorragie soit par cystostomie soit par prostatectomie.

Dans de nombreux cas on n'a pu expliquer l'origine de l'hémorragie, car il n'existait ni vaisseau dilaté, ni ulcération sur la prostate, mais on a simplement

constaté, sans rupture de vaisseaux, des points rouges très congestionnés sur la partie postérieure de la muqueuse recouvrant la surface prostatique intravésicale. C'est par un phénomène de transudation que l'on peut expliquer ces hémorragies (Marion), et son arrêt définitif, à la suite de la prostatectomie, en constitue un argument en faveur de cette théorie.

Ces hémorragies ne sont pas très rares ; au point de vue clinique elles se présentent sous deux éventualités dans lesquelles l'opération de prostatectomie d'urgence trouve son indication : ou le malade est en état de grande distension et n'a encore rendu que des urines claires, sans cathétérisme préalable et l'on pratique la cystostomie qui révèle la vessie pleine de caillots, on les évacue et le saignement continue ; Escat se trouvant en présence de ce cas a enlevé la prostate et a pu guérir son malade (Congrès d'urologie 1908) ; ou bien encore le malade est un prostatique qui saigne et en pratiquant les traitements ordinaires par aspiration des caillots on constate que l'hémorragie continue on fait alors une cystostomie, on vide la vessie et on s'aperçoit que le suintement sanguin ne tarit pas ; pour en finir on pratique l'ablation de la prostate. Bazy, Escat, Michon, Pasteau, Noguès et d'autres ont rapporté des cas où ils se sont trouvés en présence de ces deux éventualités.

Schivers, en étudiant ces hémorragies les envisage sous deux aspects : ou bien les prostatiques ont des urines claires, ou ils ont des urines infectées et il insiste sur ce fait que c'est surtout dans le premier cas

où l'hémorragie prend une allure incoercible et fâcheuse et où la prostatectomie d'urgence s'impose qui aboutit à la guérison du malade. Au point de vue de lésions anatomopathologiques, dans les deux cas, elles étaient semblables sur les pièces opératoires.

Avant de terminer ce chapitre nous examinerons ici, pour compléter la question, les hémorragies graves survenues pendant et après la prostatectomie.

Ces hémorragies constituent un des accidents graves de cette opération, c'est ainsi que Cathelin le considère « le point noir » de la prostatectomie.

M. le Professeur Marion dans une statistique sur 160 cas de mortalité opératoire, en compte 21 dus à l'hémorragie.

Ces hémorragies peuvent survenir à différentes périodes et de diverses façons. Pasteau dans son exposé devant l'Association d'urologie, les divise en :

— hémorragies initiales, post-opératoires, retardées et tardives.

M. Legueu les classe en hémorragies immédiates, secondaires et tardives.

1° HÉMORRAGIES IMMÉDIATES OU INITIALES.

Elles se produisent pendant l'opération et varient selon les sujets, la modalité de l'hypertrophie suivant qu'elles sont proéminentes ou non dans la vessie. Elles varient aussi suivant qu'elles sont facilement ou difficilement énucléables, suivant qu'elles sont dures ou molles, etc... Elles peuvent devenir très inquiétantes et

troublantes pour les chirurgiens : « Je venais d'achever l'énucléation d'une prostate de 40 grammes (dit M. Chevassu) (1), je m'étais retourné pour déposer la pièce sur la table que mon aide me cria qu'il se produisait une hémorragie formidable, le sang jaillissait à 4 centimètres de hauteur par l'orifice de cystostomie, mais fut calmée par une irrigation chaude.

Thomson Walker a prétendu en 1920 qu'il existait en arrière du col vésical une artère dont les deux bouts saignent pendant la prostatectomie et préconisait leur ligature.

Garcin et Gouverneur ont montré par leurs expériences qu'il n'existe au pourtour du col qu'une pluie d'artérioles tellement minuscules qu'elles ne peuvent provoquer qu'un saignement en nappe de la tranche sectionnée.

Ces hémorragies sont donc d'ordre veineux et se font en « pluie d'orage » et qui malgré leur abondance au début, se calment rapidement. L'état de tension artérielle et le temps de coagulabilité sanguine influent aussi sur leur production et surtout sur leur abondance.

Freyer, promoteur de la prostatectomie pense que l'opération occasionne peu d'hémorragie et compare la loge prostatique, après énucléation, à l'utérus après l'accouchement. Il croit que c'est la rétractilité et la contractilité de la capsule prostatique qui contribuent à arrêter l'hémorragie et il ajoute que cette contracti-

(1) *Paris médical* de 1924.

lité peut être provoquée par le mouvement de tassement des doigts placés dans la vessie au cours de l'opération.

L'irrigation chaude poussée dans la vessie est un moyen adjuvant pour arrêter ces hémorragies qui débarrassent en même temps la vessie des caillots sanguins.

Le tamponnement de la loge prostatique constitue le meilleur moyen de prévenir ces hémorragies ; il était préconisé d'abord par Israël en Allemagne, adopté par la presque totalité des urologistes en France sous la vive impulsion de M. le Professeur Marion qui conseille de remplir la loge par des mèches larges de 2 à 3 doigts qui doivent être placées dans la cavité laissée par l'ablation de la masse, et d'une façon très serrée ; il croit ainsi que cet ordre d'accident de la prostatectomie va disparaître par ces moyens et ajoute qu'il a rarement rencontré depuis des hémorragies graves après la prostatectomie. Leurs seuls inconvénients sont la douleur et les ténésmes pénibles occasionnés pendant les deux à trois premiers jours, c'est pourquoi M. Legueu l'a supprimé chez les 8/10 de ses opérés.

II. — HÉMORRAGIES SECONDAIRES ET POST-OPÉRATOIRES.

Elles sont variables aussi selon les cas ; elles peuvent être abondantes pendant l'opération et s'arrêter complètement par la suite, ou, au contraire, alors qu'elles étaient presque insignifiantes au cours de

l'opération, s'aggraver dans les heures qui suivent (Pasteau).

Le plus souvent elles se produisent vers le 3^e ou le 4^e jour au moment où l'on essaie d'enlever les mèches, de changer le tube, et même quand on veut laisser une sonde à demeure. Ce sont des hémorragies d'ordre mécanique (Blanc). Pour les éviter il faut enlever les mèches très lentement et avec beaucoup de délicatesse, et dans les cas où l'hémorragie continue, il faut retamponner la loge prostatique.

III. — HÉMORRAGIES TARDIVES.

C'est une éventualité assez rare qui se produit après le 10^e, 15^e et même 20^e jour de l'opération; elles surviennent sans cause appréciable; les urines deviennent, un matin, rouges et même des caillots se forment de sorte qu'on se trouve obligé d'évacuer la vessie, d'aspirer les caillots et même de refaire le tamponnement.

La cause de ces hémorragies est soit la chute de l'escarre, soit l'infection de la loge prostatique (Blanc).

Il faut donc, comme dit Pasteau « rester toujours sur ses gardes et surveiller de très près son opéré jusqu'à ce que la sonde urétrale, que l'on place pour faciliter la fermeture de la plaie sus-pubienne, ait été changée sans incident. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due au Docteur Carmona et rapportée par Charles H. de T. Shivers du service d'urologie de l'Atlantic City Hospital).

Le malade âgé de 57 ans se plaignait surtout d'hématuries, pollakiurie, diminution de la force et du calibre du jet.

Depuis plusieurs années il avait de la difficulté de miction surtout depuis les six dernières semaines précédant son entrée à l'hôpital; il n'avait pas d'incontinence. Il y a neuf mois, le malade a eu pour la première fois du sang dans ses urines (quantité peu abondante) sans qu'aucun cathétérisme soit fait. Pendant les derniers mois le malade a eu assez fréquemment des hématuries et tout dernièrement il éprouvait une brûlure constante pendant la miction. Aucune tare à signaler au point de vue familial et héréditaire. Dans ses antécédents personnels on ne relève aucune maladie d'ordre médical ni chirurgical.

A l'examen physique on ne signale aucune anomalie ni affection des différents organes de l'appareil respiratoire, cardiaque, nerveux, etc... L'urine est trouble à l'émission et contient du sang à l'examen microscopique.

Au toucher rectal, tonus sphinctérien normal, la prostate montre une légère augmentation de volume du lobe gauche; elle est molle et élastique sans aucune sensation de dureté

ou de malignité ; on ne peut atteindre les vésicules séminales et il existe une certaine distension vésicale. On sonde le malade et on trouve une augmentation de l'urètre prostatique ; l'urine retirée est mélangée de sang.

L'examen de l'urine montre une réaction acide, avec trace d'albumine, pas de sucre, beaucoup de globules rouges et une petite quantité de pus.

Le malade obligé de quitter la ville n'a pu être cathétérisé jusqu'au 31 mars.

A la cystoscopie le N° 18 français est introduit avec difficulté le sang rend encore plus difficile l'examen minutieux : la base de la vessie n'était pas visible à cause de la proéminence intravésicale du lobe médian sur lequel on a trouvé deux ulcérations superficielles ; on a mis une sonde à demeure N° 20 dans la vessie et le malade a été envoyé à l'hôpital ; le saignement persiste malgré les lavages chauds. A son entrée, son urée sanguine est de 18 centigrammes et le sucre 90 centigrammes ; le wasserman est négatif ; le temps de coagulation est de 3' 5".

Le 3 avril j'ai décidé de faire une cystostomie-suspubienne pour contrôler l'hémorragie et préparer le malade pour une prostatectomie ultérieure. A l'ouverture de la vessie je constate sous le lobe intra-vésical de la prostate de grosses veines dilatées au-dessus desquelles se trouve une ulcération qui n'atteint pas les vaisseaux et les deux ulcérations observées à la cystoscopie se confondent. J'ai mis un Pezzer dans la bouche de la plaie hypogastrique et j'ai fermé la vessie par la méthode usuelle. Le 5 avril l'hémorragie est complètement arrêtée. Phénol-sulfonephtaléine en ce moment égale 50. Le 8 avril au matin l'interne irrigue par erreur la vessie et l'hémorragie se

reproduit immédiatement avec persistance. J'ai été appelé d'urgence à l'hôpital ; aussitôt je vide la vessie des caillots sanguins en employant tous les moyens hémostatiques mais l'hémorragie continue. Le 9 avril au soir je décide une transfusion sanguine de 500 cc. et sous anesthésie rachidienne j'ouvre à nouveau la vessie qui se trouve pleine de sang ; après son évacuation et son lavage je constate que le sang provient d'un vaisseau situé sur la partie postérieure du lobe médian ; j'enlève la prostate et je tamponne la loge prostatique avec (Pilcher Bag). L'hémorragie s'arrête complètement ; j'enlève le tampon après quarante-huit heures et l'hémorragie ne se reproduit plus. Le malade guérit complètement.

La pièce opératoire examinée par le Dr Robert A. Kilduffe, Anatomo-Pathologiste du même hôpital, ne montre aucune malignité ; à la coupe un liquide blanc fluide, laiteux, en suintait.

Le malade a été revu en mars 1935 en très bon état avec un excellent résultat fonctionnel.

OBSERVATION II

(Clinique de Necker. Opéré par M. Naggiar).

M. B..., 53 ans. Entre à l'hôpital pour rétention aiguë d'urine ; présente une urétrorragie assez abondante, consécutive à des essais infructueux de sondage. Toucher rectal on trouve un adémone prostatique, dans l'abdomen un globe vésical dont le volume va en croissant rapidement, on essaie de sonder le malade mais la sonde ne passe pas.

Histoire de la maladie : depuis 5 ans, il se plaint de pollakiurie, surtout diurne, provoquée par la marche avec envies impérieuses d'uriner ; cette fréquence des mictions est une fois pendant la nuit depuis deux ans. Le jet est très faible et

a diminué au point de vue calibre et force. Il y a deux ans, il a eu à 2 ou 3 reprises différentes de l'hématurie qui était terminale. Il y a un an, il a eu une hématurie totale avec prédominance terminale qui a duré deux à trois jours.

Le 8 Février 1936, il a eu une rétention complète aiguë. On a placé une sonde à demeure laissée pendant 2 jours. Les jours suivants, le malade ne pouvait uriner spontanément, on lui a appris à se sonder lui-même.

Le 15 Février plusieurs essais de sondage par deux médecins et le malade lui même qui restent infructueux. Il y avait un écoulement de sang par l'urètre, de façon continue, avec apparition de douleurs épigastriques vives, et une augmentation de volume du lobe vésical.

Le malade sur le conseil de son médecin est amené à l'hôpital. On a de nouveau essayé à passer une sonde mais en vain. L'état du malade s'aggravait par la perte continue de sang qui le mettait dans un état de faiblesse. M. Naggjar se décide à intervenir d'urgence.

Intervention le 15 Février : à l'ouverture de la vessie on constate que celle-ci est pleine de caillots que l'on évacue et on note une nappe de sang continue dont le point de départ se trouve à l'union du lobe médian et du lobe latéral gauche. A ce niveau il existe une véritable plaie perforante qui traverse de part en part non seulement la muqueuse mais le tissu glandulaire. C'est une véritable fausse route causée par les sondages successifs à travers le bord supérieur de l'adénome.

On essaie de mettre une mèche au contact celle-ci ne réussit pas non plus à faire cesser l'hémorragie. On pratique donc une prostatectomie d'emblée.

Suites opératoires satisfaisantes, sans incident. La mèche

est changée le 5^e jour et le malade est guéri et quitte l'hôpital après 6 semaines dans un état excellent.

OBSERVATION III

(Hôpital Necker. Opéré par M. Naggiar).

M. G..., 71 ans. Entre dans le service à la suite d'une rétention complète, il a été sondé en ville mais par la suite ne pouvant uriner spontanément, il fut obligé d'entrer à l'hôpital. On place une sonde à demeure et au bout de quelques jours il urine spontanément et il existe un résidu de 100 gr.

Tout se passe dans de bonnes conditions et un matin il présente au réveil une hémorragie continue. Les lavages, les soins habituels ont été pratiqués en vain.

Devant cet état de choses, M. Naggiar pratique une opération : à l'ouverture de la vessie on se trouve en présence d'une hémorragie abondante qui remplit la vessie de caillots qu'on évacue et on constate que le sang provient du bord droit du lobe médian dit de la prostate. Il s'agissait d'une plaie superficielle qui recouvrait la partie du lobe médian intravésical. On pratique l'ablation de la prostate. Suites opératoires normales. Le malade sort guéri.

OBSERVATION IV

(Clinique de Necker. Opéré par le Dr Pérard.)

M. H. T..., 53 ans. Entre à l'hôpital le 28 mars 1935, pour rétention aiguë d'urine, survenue à la suite d'une hémorragie, ayant débuté il y a 8 jours, environ, avec caillots nombreux et ayant nécessité l'opération.

Antécédents : il y a 2 ans, le malade avait présenté des

difficultés de miction avec pollakiurie d'abord nocturne puis diurne et nocturne. Il a constaté depuis quelque temps une diminution dans la force et le calibre de son jet d'urine, mais jamais de rétention. Cette pollakiurie se présentait une fois la nuit et toutes les heures pendant le jour. Jamais d'hémorragie.

A l'examen : le toucher rectal montre un adénome prostatique assez important avec un lobe gauche plus volumineux. A son entrée à l'hôpital le malade présentait une hémorragie telle qu'elle a entraîné une syncope et imposait une intervention d'urgence. Une transfusion sanguine de 300 grammes a été faite.

Intervention par le Dr Pérard : la vessie était remplie de sang et de caillots qu'on a évacué et on a constaté un flot sanguin provenant du col vésical et de la muqueuse de l'urètre prostatique. Pour supprimer l'hémorragie, on enlève la prostate. Suites opératoires normales, sans incidents, le malade quitte l'hôpital le 13 mai 1935 dans de bonnes conditions.

OBSERVATION V

(Clinique de Necker. Opéré par le Dr H. Marion.)

M. B..., 68 ans. Entre à l'hôpital pour rétention aiguë complète le 30 octobre 1935. Depuis 3 ans, le malade présente de la pollakiurie diurne toutes les 1/2 heures environ et nocturne 5 à 6 fois dans la 2^e moitié de la nuit. Quelquefois légères brûlures à la miction. Le jet d'urine est assez fort et après la miction le malade a la sensation d'avoir eu une miction incomplète. Les urines sont légèrement troubles ; elles sont devenues sanglantes depuis quelques jours.

Le toucher rectal révèle une prostate ferme, grosse, bien délimitée. Sonde à demeure.

Le 19 novembre 1935, le malade présente une hématurie importante, que rien ne peut faire cesser. Rapidement l'état général décline et devant l'importance de l'hémorragie on est obligé d'intervenir ; craignant l'existence d'un polype ou d'une tumeur vésicale on ouvre la vessie et on la trouve remplie de caillots qu'on évacue et l'on constate que le sang provient de l'urètre prostatique. Devant l'état d'anémie du malade, on tente de bourrer cet urètre avec des mèches et malgré cette manœuvre, l'hémorragie se poursuit. On se décide alors à pratiquer la prostatectomie. Aussitôt cette dernière terminée, l'hémorragie cesse. Suites opératoires normales, le malade guérit et quitte l'hôpital dans de bonnes conditions le 19 décembre 1935.

OBSERVATION VI

(Rapportée par E. Adenot (de Lyon)
dans l'*Archive provinciale de chirurgie*, en février 1902.)

Antoine G..., âgé de 61 ans, concierge demeurant à Lyon, entre le dimanche 5 septembre 1898 à l'Hôpital de la Croix-Rousse pour des hématuries très graves ; nous étions alors chargé du service ; les antécédents héréditaires du malade sont nuls. Son père est mort à 33 ans d'accident ; sa mère est morte en couche. Il est marié et a 2 filles bien portantes ; il a eu une blennorrhagie à 18 ans. Depuis quelques années il souffre d'un catarrhe pulmonaire sans gravité. Pas de syphilis. Éthylisme relatif : il boit 1 litre 1/2 à 2 litres de vin par jour sans être incommodé. A l'âge de 7 à 8 ans il subit un traumatisme au niveau du genou droit qui est déformé et dévié ; la jambe droite est subluxée en dehors ; il ne peut fournir aucun renseignement à ce sujet. En outre, il y a

40 ans environ, c'est-à-dire à l'âge de 20 ans il tombe et se fracture la hanche gauche qui depuis resta ankylosée en adduction et flexion à angle obtus ; il existe un raccourcissement sérieux : cette infirmité le gêne pour marcher et aller le matin à son travail à 3 ou 4 kilomètres, il s'est procuré un tricycle qu'il peut faire fonctionner avec des pédales de longueurs différentes. L'année dernière il a eu une hématurie assez légère ; il a uriné du sang pendant 2 à 3 jours. D'après les renseignements fournis par le malade, le sang était mélangé à l'urine ; il n'a pas uriné du sang pur ou presque pur. Cet hiver dernier, pendant la période de froid, il a eu de la pollakiurie. Il était obligé de se lever 3 fois la nuit et le jour il urinait toutes les heures et même quelquefois plus souvent. A ce moment le malade n'éprouvait aucune douleur, ni au moment, ni avant, ni après la miction.

Il y a un mois environ ces phénomènes de pollakiurie qui s'étaient amendés ont recommencé ; il y a 15 jours environ, le malade sans aucune cause apparente se met à uriner du sang mélangé à l'urine. Il existait de la pollakiurie et de la douleur au début et à la fin de la miction. Il y a 7 à 8 jours l'hématurie augmenta, constituée par du sang presque pur. Les douleurs et la pollakiurie augmentèrent parallèlement. La miction s'aperçoit jusqu'à ces derniers jours comme une miction ordinaire. En outre, toutes les 2 ou 3 minutes il existait des envies d'uriner non satisfaites et il s'écoulait par le canal urétral, 2 à 3 gouttes de sang. Dimanche dernier, au soir, et toujours sans cause apparente, le malade n'ayant pas travaillé dans le jour et n'ayant éprouvé aucune fatigue, une hématurie très sérieuse survient : le sang s'écoule continuellement par le canal et à ce moment des douleurs atroces,

dit le malade, le faisaient gémir. Cet état dure jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, c'est-à-dire pendant une huitaine de jours, avec quelques rémissions des symptômes douloureux, mais l'hématurie persiste plus ou moins marquée.

Le 5 septembre 1898, au moment de son entrée à l'hôpital, le malade a une hématurie continue ; le sang s'écoule goutte à goutte par le canal ; on pratique une injection très chaude qui arrête l'hémorragie. Le cathétérisme avec une sonde molle n° 18 ne donne que du sang. Toute sonde rigide à bécuille ou métallique ne peut passer et se trouve arrêtée au niveau du col. Le malade a beaucoup maigri, dit-il, depuis quelques semaines ; il est cependant encore d'apparence assez vigoureux. Signes de catarrhe pulmonaire très prononcés.

Par le toucher rectal la prostate paraît volumineuse mais je ne peux pas obtenir par cet examen des renseignements bien nets. Je sens, au niveau de la paroi antérieure du rectum, la vessie résistante et il est très difficile de délimiter les organes voisins. L'examen est d'ailleurs rendu difficile encore davantage par l'ankylose de la hanche gauche. Le malade refuse toute opération sérieuse.

Le 8 septembre, malgré des lavages vésicaux très chauds, malgré l'administration de l'Ergotine les hématuries persistent toujours et deviennent de plus en plus abondantes.

Cet état ne peut se prolonger plus longtemps ; la rétention est absolue, le malade réclame une intervention.

Le 9 septembre, sous l'anesthésie générale à l'éther, après les tentatives infructueuses de cathétérisme je pratique une cystostomie ; une grande quantité de caillots sont évacués avec une certaine quantité de sang liquide ; la vessie ne renferme qu'une petite quantité d'urine sanglante ; le bas-fonds

est bourré de caillots qui sont expulsés par un lavage à l'eau boriquée. Je sens alors au niveau du col une saillie très dure formant une véritable barrière mobile transvésicale avec une base d'implantation large et épaisse. Elle adhère par un de ses côtés en arrière de l'orifice du col de la vessie. Après avoir augmenté l'incision de la paroi vésicale j'attirai le plus possible le fonds de la vessie en saisissant la saillie elle-même et je cherchai à la sectionner avec des ciseaux courbes ; je ne pus y parvenir à cause de la gêne qui résultait de la flexion partielle de la cuisse ankylosée et à cause de l'épaisseur de la masse à sectionner. N'ayant pas de pinces coupantes à ma disposition, je renonçai à la section simple telle que M. Desmos recommande de la pratiquer le plus ordinairement. L'épaisseur du pédicule ne permettait guère l'ablation avec l'anse galvanique ; je me décidai alors par l'écraseur de Chassaignac à sectionner facilement la partie saillante de la prostate en rasant, le mieux qu'il me fut possible, la surface de la vessie et en protégeant toutefois aussi efficacement que possible la muqueuse au voisinage pour ne pas la sectionner et ne pas déformer l'orifice vésical par le tiraillement. La partie ainsi enlevée pèse 25 gr. ; il ne se produit pas d'hémorragie appréciable après l'ablation. Néanmoins, pour éviter toute crainte d'hémorragie chez un homme qui avait déjà perdu beaucoup de sang, nous pratiquons le tamponnement complet de la cavité vésicale de la gaze iodoformée d'abord et avec de la gaze stérilisée ensuite.

Le 10 septembre le tampon intra-vésical est enlevé : pas d'hémorragie sérieuse depuis l'opération. Les mèches sont simplement imprégnées d'urine sanguinolente. L'état général est bon, la température qui était à 39° le jour de l'opé-

ration est tombée à 38°2 et le soir à 38°5. Nous ne savons au juste à quelle cause attribuer la température élevée des jours précédents. Nous avons établi une suture assez exacte de la muqueuse à la peau ; à partir de ce moment, c'est-à-dire le 15 septembre, la température n'est pas remontée au-dessus de 37°8 : l'état général est resté bon, les forces sont revenues peu à peu, il ne s'est pas produit d'hémorragie depuis l'opération ; les urines sont légèrement troubles ; des lavages antiseptiques abondants sont pratiqués quotidiennement dans la vessie au moyen d'une grosse sonde passant dans l'urètre ; nous n'avons pas placé de tubes de Perrier, parce que nous avons cru devoir, au moment de l'opération, suturer les bords de la vessie, ayant eu l'intention première de pratiquer une simple cystostomie sus-pubienne avec fistule persistante. L'impossibilité de pratiquer le cathétérisme nous laissait croire que le cours normal de l'urine n'avait guère la chance de se rétablir.

Le 14 octobre l'orifice sus-pubien est encore ouvert mais les mictions se font en partie par le canal. La prostate examinée est assez volumineuse.

Au mois de novembre le malade qui est resté en observation jusqu'à présent va bien : miction urétrale très améliorée, mais il reste une petite fistule suspubienne insignifiante.

En décembre, état stationnaire ; de temps en temps le malade porte une sonde à demeure pensant faire tarir la fistulette, mais il ne parvient qu'à provoquer une cystite purulente et glaireuse. Cela d'ailleurs ne l'empêche pas de vaquer à ses affaires ; je pratique quelques lavages vésicaux avec une solution de nitrate d'argent faible ; le cathétérisme est très facile

avec une grosse sonde. La prostate examinée par le toucher est assez volumineuse et dure.

En février 1899, je revois le malade dont la santé générale est excellente ; depuis l'opération il a gagné 15 kilos ; il a repris ses fonctions de concierge ; les mictions se font bien par l'urètre mais il suinte encore un peu d'urine par la fistule ; parfois même la fistule se ferme ou semble se fermer complètement, mais le malade assez insouciant ne veut rien faire pour guérir complètement. En juin 1899, l'urètre fonctionne très bien et pendant la nuit il ne perd aucune goutte d'urine par la fistule sus-pubienne, mais pendant le jour, au moment de la miction surtout, il suinte de temps en temps, et d'une façon intermittente, quelques gouttes d'urine ; toutefois le malade est satisfait et ne veut rien faire pour faciliter l'obturation de la fistule. L'urine est très limpide.

En décembre 2 ou 3 mictions volontaires pendant la nuit donnant environ 1/2 litre d'urine ; pendant le jour, miction urétrale facile et sans aucune gêne avec léger suintement sus-pubien. Etat général excellent ; le malade se promène en tricycle, même par le froid actuel.

En février 1900 sur mes instances il consent à me laisser pratiquer au galvanocautère une cautérisation énergique du trajet fistuleux et à garder le repos pendant quelques jours. A la suite de cette petite intervention la fistule s'est complètement fermée.

En avril 1900 l'état général est excellent, les mictions sont faciles et rapides par l'urètre, le jet d'urine volumineux et projeté à 80 centimètres environ ; la prostate est restée volumineuse mais ne gêne pas les mictions spontanées. Le cathété-

risme est remarquablement facile et on passe sans la moindre hésitation le n° 22. Le col est libre, le malade semble définitivement guéri, la partie de la prostate enlevée est de consistance dure et régulière, de couleur blanc rosé.

L'examen histologique a été fait par M. le Dr Paviot, chef de laboratoire d'anatomo-pathologie à la faculté montre qu'il s'agit d'un myome à fibre lisse bénin. Voilà plus de trois ans que le malade est opéré et son état est à tout point de vue excellent. Je l'ai vu récemment ; sa santé est florissante et il urine d'une façon parfaite.

OBSERVATION VII

(M. Marion, relevée par Vintinci dans le Service de Civile.)

B..., 67 ans, soigné par Albarran depuis plusieurs années pour des rétentions d'urine intermittentes provoquées par une hypertrophie de la protaste extrêmement volumineuse. Le malade a appris à se sonder et lorsqu'une rétention d'urine se produit, il peut parer immédiatement à l'accident.

Albarran, à plusieurs reprises, avait insisté pour qu'il se débarrasse de sa prostate sans pouvoir le convaincre de la nécessité de cette intervention.

Lorsqu'Albarran mourut, je fus appelé à soigner le malade et pus constater, à ce moment, que les urines étaient parfaitement limpides malgré les sondages déjà assez nombreux que le malade avait pratiqués.

Au cours d'une nouvelle rétention je fus appelé à voir le malade qui, le lendemain d'un sondage, avait été pris d'une fièvre précédée d'un frisson ; en même temps s'était établi un suintement sanguin par le canal, suintement qui existait même

en dehors des mictions. Il était évident que le malade s'était infecté en se sondant ; la sonde à demeure dut être laissée pendant une huitaine de jours pour parer aux accidents d'infection urinaire ; tout rentra dans l'ordre au point de vue de la température ; le malade comme il l'avait fait après les crises précédentes put commencer à uriner, mais à partir de ce moment les urines restèrent absolument troubles malgré les lavages que le malade pratiquait lui-même, tenant à ce que personne d'autre que lui ne pratiquait les sondages. D'autre part, à partir de ce moment, en permanence, le malade perd par le canal urétral un suintement sanguinolant presque continuuel qui l'obligeait à se garnir. Pas plus qu'Albarran n'avait pu le faire, je ne pus convaincre le malade de la nécessité d'intervention. Quelques temps après le malade partait pour Cannes où il allait passer l'hiver. Un jour je reçois un télégramme me demandant de partir d'urgence pour voir le malade qui à la suite d'une promenade en mer avait fait une nouvelle rétention. Il s'était sondé et avait été pris, quelque temps après, d'un grand frisson avec une élévation de température dépassant 40°. Je me préparais à partir le lendemain soir du jour où j'avais reçu un autre télégramme qu'il était mort.

OBSERVATION VIII

(M. Marion, recueillie par Vintinci
dans le Service de Civile).

M. M..., 63 ans, présente depuis plusieurs années de la polakurie plus marquée la nuit.

Huit jours avant sa visite, le 28 juin 1926, il a présenté une hématurie d'une durée de quatre jours.

A l'examen, je trouve une prostate extrêmement volumineuse et un résidu limpide de 400 gr. Je conseille des sondages, des lavages décongestionnants et, si une nouvelle hémorragie se produit, je l'engage à revenir immédiatement pour un examen au moment de l'hématurie.

Le 2 juillet, le malade vient me trouver, saignant depuis la veille. Je veux pratiquer un cystoscopie mais il m'est impossible de le faire pénétrer au delà de l'urètre postérieur; il s'agit évidemment d'un arrêt par le lobe médian. Je conseille au malade quelques hémostatiques, des grands bains d'attente. Mais cette hématurie continue sans arrêt et le 7 juin le malade m'appelle qu'en raison des caillots qu'il émet il lui est absolument impossible d'uriner. Je lui conseille alors d'entrer aux Frères de Saint-Jean de Dieu, peu après l'avoir fait sonder pendant la nuit, le lendemain même je pratique une prostatectomie d'urgence pour arrêter l'hémorragie.

La prostate enlevée ne présente que la congestion de la muqueuse urétrale et cervicale; on n'observe en aucun point de lésion nette pouvant avoir donné lieu à cette hémorragie considérable. Le malade guérit sans incident.

OBSERVATION IX

(Par M. Aumont,

Bulletin et mémoires de Sté Nationale de chirurgie de Paris.)

M. X..., âgé de 72 ans, fait en décembre 1928 une chute au cours de laquelle il se brisa la clavicule droite, se contusionnant d'autre part assez sensiblement. Il reçoit les soins de son médecin habituel. Celui-ci me fait appeler au bout de quarante-huit heures; le malade, qui depuis longtemps était

gêné pour uriner faisant, en effet, une rétention complète. Il s'agissait d'un vieillard de santé apparemment médiocre, pâle et amaigri, n'ayant jamais présenté d'affections sérieuses, mais qui avait dû être soigné à plusieurs reprises pour des troubles nerveux peu précis. Les antécédents urinaires semblent indiquer une longue phase de dysurie assez discrète pour être supportée par le patient. Depuis l'accident il n'a pu uriner qu'avec beaucoup de difficultés. Au moment de notre examen la rétention est complète ; il existe un gros globe vésical, la prostate est légèrement augmentée de volume, l'exploration du canal nous fait observer l'existence d'un rétrécissement assez serré n'admettant que la sonde n° 12, derrière laquelle le sphincter contracté ne se laisse pas franchir malgré l'anesthésie urétrale à la novocaïne. Le cathétérisme ne peut être pratiqué ; dans ces conditions nous pratiquons à l'anesthésie locale une ponction hypogastrique.

Le lendemain après une nouvelle anesthésie urétrale nous réussissons à glisser la sonde à bout olivaire et pouvons évacuer lentement la vessie. Nous constatons que les urines sont légèrement troubles. Nouveau cathétérisme toujours aussi délicat ; la température était égale à 38° 5. L'état général n'est guère satisfaisant ; les jours suivants nous pouvons progressivement passer la sonde jusqu'au n° 16. La température ne tombe pas à la normale et ne paraît pas s'expliquer autrement que par une légère infection urinaire ; le cathétérisme reste toujours difficile, nous décidons de laisser la sonde à demeure le 16 décembre. Le malade très nerveux la tolère avec peine ; elle n'a d'ailleurs aucune action sur la température qui ne tombe pas. Dans ces conditions nous éliminons l'idée d'une urétrotomie interne dirigée contre le

rétrécissement maintenant aussi dilaté qu'une section urétrale permettrait de le faire et nous proposons une cystostomie qui est acceptée.

Nous la pratiquons sous l'anesthésie locale le 20 décembre et plaçons dans la vessie une sonde de Pezzer. En 3 jours la température se régularise et tombe à la normale ; les urines s'éclaircissent. Nous nous félicitons de cet heureux résultat quand le 5^e jour au soir nous sommes prévenus que le malade saigne ; nous constatons quelques instants après qu'il présente en effet une grosse hématurie se donnant jour par la sonde avec expulsion de caillots par l'urètre s'accompagnant d'épreintes et de ténésme vésical.

Nous installons une compression ouatée de la verge et pratiquons l'aspiration des caillots par la sonde vésicale suivie par un lavage léger à l'antipyrine chaud ; parallèlement on injecte de l'ergotine, de l'hypophysine. Nous ne quittons le malade qu'après arrêt de l'hémorragie mais il ne s'agit que d'une accalmie ; nous sommes rappelé au milieu de la nuit par une reprise du saignement qui paraît s'arrêter pour reprendre, et cela alternativement. Injection d'anthéma, huile camphrée, sérum glucosé, digitaline sont ordonnés et pratiqués. Nous proposons d'autre part à la famille de prendre l'avis de notre maître M. le Docteur Michon, ayant prévenu la famille qu'à notre avis une prostatectomie rapide pourrait seule arrêter l'hémorragie grave, mais insistant sur l'importance de l'intervention, vu l'état du malade.

M. Michon veut bien examiner notre malade le 26 décembre ; il conclut à la nécessité de la prostatectomie qui est acceptée par la famille et nous conseille de la pratiquer à ciel ouvert pour tâcher d'apercevoir l'origine de l'hémorragie.

Suivant son avis l'opération est faite quelques heures plus tard sous anesthésie générale au chloroforme ; la vessie est décollée de bas en haut et incisée progressivement ; sa cavité est bien exposée ; après incision, la muqueuse apparaît partout normale ; il n'existe en particulier ni tumeur, ni calculs, ni diverticules ; le col vésical est déformé par une hypertrophie prostatique légère mais nous ne voyons rien saigner.

La prostatectomie est facilement et rapidement réalisée, elle emporte d'un bloc les deux lobes latéraux unis en arrière. Nous plaçons un bon tamponnement ; les lèvres de l'incision vésicale sont suturées et laissent passage à un gros tube de Marion, au-dessus duquel la paroi est réunie en un plan aux crins.

Les suites de l'intervention sont tout à fait banales, le tamponnement est enlevé au 4^e jour ; la guérison survient sans autre incident au bout du 21^e jour. En somme l'évolution a été aussi simple qu'après une prostatectomie à froid malgré l'épuisement du malade.

La pièce opératoire examinée n'a montré aucune lésion microscopique de l'urètre prostatique ; il s'agissait d'un adénome prostatique tout à fait banal quant à sa structure histologique.

OBSERVATION X

(M. Pérard, rapportée par Vintici dans le Service de Civile.)

M. L. H..., 58 ans, a brusquement dans la nuit du 18 au 19 mai 1928 une hématurie extrêmement abondante avec caillots ; on l'examine le 19 au matin : le malade est alors en rétention complète avec un globe vésical remontant jusqu'à

3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Dans son histoire, on ne relève, au point de vue urinaire aucun autre symptôme qu'une pollakiurie nocturne (miction 2 à 3 fois la nuit) apparue depuis un an environ ; jamais d'hématurie auparavant ; l'examen physique montre une hypertrophie prostatique très nette. Le cathétérisme de l'urètre est pratiqué sans difficulté ; on retire de la vessie, par aspiration à travers la sonde, de très volumineux caillots et le liquide qu'on injecte est aspiré avec difficulté ; il revient, à chaque aspiration, très fortement teinté de sang. On laisse à demeure une sonde n° 23 ; le lendemain, 20 mai, l'hémorragie paraît avoir diminué d'importance, mais à chaque lavage et à chaque inspiration on fait sortir encore de nombreux et volumineux caillots.

Le 21 au matin l'hémorragie redevient abondante et inquiétante et il paraît indubitable que l'hémorragie provenait ou de la vessie, ou de la prostate, mais certainement pas du rein. On décide alors une cystostomie d'urgence après avoir réchauffé le malade et avoir injecté différents tonicardiaques.

La cystostomie est faite à l'anesthésie locale : dès l'ouverture de la vessie on voit sortir de volumineux caillots, le plus volumineux, large comme la paume de la main ; on extrait rapidement tous ces caillots et on explore rapidement au doigt la cavité vésicale ; on ne sent rien d'autre que la saillie de l'hypertrophie prostatique antérieurement diagnostiquée. Mise en place d'un gros tube de Freyer-Marion. En outre on tasse dans la cavité du col vésical une petite mèche qui sort de la plaie vésicale à côté du tube de cystostomie. Le tube fonctionne très correctement dès le jour même, les urines sont encore colorées par le sang mais on ne voit sortir aucun caillot le lendemain de l'intervention ; les urines sont déjà beaucoup

moins sanglantes le surlendemain, elles ont repris une coloration normale. Le malade quitta la maison de santé au 10^e jour. L'hémorragie ne s'est plus renouvelée. Un mois et demi après l'intervention asystolie et mort...

OBSERVATION XI

(Rapportée par Vintici dans le *Journal d'urologie*.)

Bon..., 82 ans, entre dans le Service Civiale de Lariboisière le 14 novembre 1917, pour une incontinence datant déjà de 2 ans. Au palper la vessie remonte jusqu'à l'ombilic ; au toucher rectal, hypertrophie prostatique ; on lui fait une cystostomie, mais quelque temps après le malade a d'abondantes hématuries et on l'opère le 5 décembre 1927. Prostatectomie d'urgence pour hémorragies répétées.

Adénome volumineux à la surface duquel on trouve une ulcération produite vraisemblablement par le frottement du tube de cystostomie. L'examen anatomo-pathologique démontre l'existence de petits foyers d'infection de la prostate, avec un foyer hémorragique interstitiel.

OBSERVATION XII

(M. Marion, Service civiale A. Laroche.)

M. I..., vient me consulter le 22 juin 1927. Il est âgé de 70 ans.

Quelques jours avant sa visite a eu une hématurie dont les caractères sont impossibles à préciser et qui a duré quarante-huit heures. Je constate une hypertrophie de la prostate, un résidu de 40 grammes et la cystoscopie ne montre aucune

lésion vésicale. Je pense qu'il peut s'agir d'une hématurie prostatique.

Le 15 juillet, le malade revient avec une poussée hémorroïdaire, une nouvelle hémorragie, de la cystite, et, pratiquant une cystoscopie, je pense voir le sang sourdre du col vésical soulevé par l'adénome péri-urétral. Je pense donc de plus en plus à l'hémorragie prostatique. Je conseille au malade de continuer le traitement hémostatique que j'avais prescrit.

Le 12 octobre 1927, nouvelle hématurie beaucoup plus importante et, devant l'importance de cette hématurie, je conseille au malade de se faire supprimer sa prostate.

Opération aux Frères Saint-Jean de Dieu le 25 octobre ; j'enlève une très volumineuse prostate sans aucun caractère particulier.

Les suites sont tout d'abord assez simples, mais quelque temps après une nouvelle hématurie se produit au cours de la convalescence. Je pense qu'il s'agit d'une hématurie par chute d'une escarre, comme cela se voit parfois.

Le malade guérit peu après complètement et sort de la maison de santé.

Mais, quelque temps après, nouvelle hématurie très abondante, que je ne vois pas au moment même ; mais pratiquant une cystoscopie, j'aperçois sur la face antérieure de la vessie un bourgeon et je pense qu'il s'agit d'une tumeur maligne de la vessie que j'ai laissé échapper. Je pratique une fulguration de ce bourgeon (qui me fut prouvé plus tard être simplement un bourgeon charnu au niveau de la cicatrice) et les choses rentrent dans l'ordre pendant quelque temps.

Mais en février 1928, nouvelle hématurie, cette fois accompagnée d'élévation de température et de douleurs.

Après quelques jours de mise en observation, je constate que le rein droit est notablement augmenté de volume, qu'il est de plus en plus douloureux. En même temps des hémorragies se reproduisent presque continuellement, si bien que je pense que le malade saignant de la vessie, a fait d'autre part une pyonéphrose d'un rein déjà distendu, le rein droit. Je conseille l'ouverture ou l'ablation de ce rein.

L'opération est pratiquée le 22 mars ; quel n'est pas mon étonnement d'enlever un rein extrêmement volumineux, purulent mais également néoplasique, ce néoplasme rénal expliquant toutes les hématuries qu'avaient eues le malade depuis le commencement de son histoire.

A partir de ce moment, la guérison se fait extrêmement rapide, et quelques semaines après, le malade malgré son âge et malgré l'état précaire dans lequel l'avaient mis les hémorragies et l'opération, la suppuration se trouvait entièrement rétablie.

OBSERVATION XIII

M. Marion (recueilli par Vintici du service civile).

M. Sch..., 74 ans, vient le 24 mars 1926 pour des troubles dysuriques et pollakiuriques marqués, dus à une hypertrophie de la prostate. Le résidu est de 40 grammes ; les urines sont limpides. Je conseille un traitement médical.

Le malade m'est ramené en octobre 1928.

Au mois de septembre le malade a été pris brusquement d'une hématurie importante, et sans qu'on se soit rendu compte de la cause de son hématurie on a pratiqué une cystostomie. Cette cystostomie n'a pas mis fin du reste aux hé-

maturies qui continuent sans arrêt depuis cette époque.

La cause de l'hématurie n'ayant pas été précisée par l'opérateur je propose la cystoscopie. Celle-ci est réalisée, et en outre d'un lobe prostatique considérable, j'aperçois en arrière, à droite du col un polype du volume d'une petite noix.

L'état général du malade étant plus que médiocre, je conseille pour arrêter l'hémorragie de faire pratiquer une application de radium. Celle-ci est faite le 12 octobre par la voie haute. Quelques jours après l'application de radium, l'hémorragie s'arrêtait pendant quelques semaines, mais elle reprenait quelque temps après et devant son intensité ne voyant pas d'autre moyen d'y parer, pensant que la prostate prenait part également à l'hémorragie, je pratiquai une prostatectomie, et la destruction par fulguration du polype.

Le malade décline plus tard à la suite d'une urémie qui augmentait progressivement malgré la diète la plus sévère.

OBSERVATION XIV

(M. Marion. Service civile par A. Laroche).

M. V..., 56 ans, vient me trouver le 2 juillet 1928, parce que depuis quelques semaines il a des hématuries qu'il précise de façon absolue comme étant initiales et terminales.

En présence de ces hématuries, je pense immédiatement à une hypertrophie de la prostate provoquant des saignements. Je pratique une cystoscopie et je vois en effet que le col présente à un niveau donné, bien que le malade ne soit pas en hématurie à ce moment, une tache rouge éclatant véritable suffusion sanguine sous-muqueuse qui me paraît être la signature de l'hématurie. Je conseille des hémostatiques et

l'attente. Par ailleurs, le malade n'a aucun trouble sérieux occasionné par sa prostate ; il n'a pas de résidu mais les urines sont un peu troubles.

Je revois le malade à propos d'une autre hématurie et je constate cette fois par moi-même que l'hématurie est bien initiale et terminale. J'affirme donc qu'il s'agit nettement d'une hématurie protastique.

D'autre part, une nouvelle cystoscopie pratiquée au moment même de l'hématurie me montre qu'il n'y a rien dans la vessie, que le sang ne vient pas des reins, mais vient nettement du col.

A ce moment, je laisse entrevoir au malade qu'il faudra peut-être arriver à une suppression de la prostate.

Pendant les vacances le malade voit M. Legueu, qui confirme mon diagnostic d'hémorragie par hypertrophie de la prostate.

Au commencement d'octobre, nouvelle hématurie vraiment abondante qui décide enfin le malade à se faire opérer.

L'examen des urines décèle une pyurie à staphylocoques.

Je pratique cette opération en deux temps, rue de la Chaise.

Le 10 octobre j'ouvre la vessie, et le 30 octobre je pratique l'enlèvement de la prostate ; celle-ci apparaît comme une hypertrophie absolument banale, bien régulière, bien limitée, très énucléable, de consistance élastique, sans noyaux. Il s'agit bien d'une hypertrophie de la prostate et l'on ne peut trouver comme cause de l'hématurie qu'une congestion intense de la muqueuse qui recouvre la partie cervicale de la prostate. Le malade guérit parfaitement.

OBSERVATION XV

(De Montague L. Boyd M. D.)

C'est un homme de 65 ans, marié, fermier, arrivé à l'hôpital de Piedmont en juillet 1931 avec une appendicite aiguë suppurée. Toucher rectal avant l'opération a montré une hypertrophie de la prostate et cathétérisme a montré une petite quantité de résidu d'urine sans aucune infection. Pendant plusieurs années il avait aperçu une diminution dans la force du jet de son urine avec légère pollakiurie. Pas d'histoire prédisposante à l'hémorragie. Le temps de coagulation égale 3'40". Après appendicectomie il est resté à l'hôpital pendant 40 jours. A cause de dysurie et pollakiurie on lui fait cathétérisme et lavage une semaine après l'opération. L'urine était infectée avec des colibacilles et staphylocoques à peu près une semaine après l'opération. Résidu égale 2 à 8 onces. en quittant l'hôpital je lui ai conseillé de se faire cathétériser et de prendre des lavages par son médecin. Après quelques jours son médecin a essayé de le cathétériser pendant 20 à 30 mais il n'a pu réussir. Ce cathétérisme a provoqué une grande hémorragie qui a duré 18 heures. Après trois jours il est venu me voir, je l'ai sondé sans difficulté, et il n'y avait ni sang ni caillots dans sa vessie. Mais un jour plus tard le saignement a commencé tout d'un coup qui a duré toute la journée et vers 7 heures du soir sa vessie était pleine de sang et de caillots. J'ai trouvé 700 à 800 cc. de sang et de caillots dans sa vessie avec l'urine sanguinolente. J'ai vidé sa vessie et je l'ai lavé sans que l'hémorragie diminue. Je n'ai pas pu faire la cystoscopie à cause de la rapidité de l'hémorragie ; pendant la nuit le saignement continue malgré la trans-

fusion de 55 cc. et injection de morphine et le lendemain encore on a vidé la vessie pour voir la cause de l'hémorragie. J'ai pensé naturellement que l'hémorragie était causée par le cathétérisme, mais en ouvrant je n'ai pas trouvé l'origine du saignement dans la vessie ni dans l'urètre. A l'ouverture de la vessie le sang est arrêté et je n'ai pas pu trouver l'explication de l'hémorragie et j'ai mis le Pezzer dans la bouche de la plaie opératoire.

Pendant la semaine suivante, le malade, par apparence était bien, à part la douleur dans la région prostatique accompagnée d'envie d'uriner et de défécation avec une légère urétrorragie au passage du sang par la plaie. Sept jours après j'ai ouvert à nouveau la vessie à cause de douleurs dans le rectum et le périnée suivie de l'hémorragie profuse ; j'ai trouvé des caillots dans la vessie, l'état du malade empire et 3 transfusions successives sont faites.

Les mesures ordinaires ne pouvaient pas arrêter le saignement, j'ai ouvert sous l'anesthésie rachidienne, la vessie, et j'ai trouvé la prostate suffisamment hypertrophiée qui formait une lèvre inférieure pour l'orifice vésicale, mais on ne voyait aucun vaisseau dilaté dans la vessie, cause du saignement. En réalité on n'y voyait aucun signe d'hémorragie ni aucun changement pathologique qui causait l'hémorragie.

Une bonne quantité de sang rouge semblait venir de l'uretère droit de sorte que j'ai cru que l'hémorragie venait du rein, j'ai cathétérisé l'uretère et examiné la fonction rénale, j'ai fait faire une pyélographie, mais rien d'anormal. J'ai drainé l'urine par cathétérisme urétérale et rempli la vessie de gaze vaselinée ? Drainage sus-pubien est maintenu pendant plusieurs mois et le malade pendant ce temps a été

observé attentivement. On a fait cystoscopie, rectoscopie sans rien trouver qui explique les douleurs spasmodiques ni la cause de l'hémorragie. J'ai opéré le malade un an après sa première hémorragie ; j'ai enlevé la prostate, il est guéri et depuis il n'a eu aucune hémorragie.

OBSERVATION XVI

(Rapportée par Noguès dans le *Journal d'urologie* de 1933.)

M.H..., 72 ans, avait déjà quelques saignements spontanés mais il vient surtout nous consulter pour une rétention incomplète à laquelle avait succédé une rétention presque complète.

Grosse prostate, l'opération est acceptée mais en raison d'une azotémie supérieure à la normale nous décidons de la pratiquer en deux temps. Le premier est fait le 7 avril 1935 sous l'anesthésie locale, rien de particulier à signaler : suites normales.

Mais vers le 18^e jour, le malade étant toujours couché, son tube fonctionne très bien, les urines deviennent rouges. Tout d'abord on n'attache à ce fait aucune importance, mais le saignement persiste, augmente malgré toutes les thérapeutiques, des caillots se forment qui doivent être aspirés et finalement le 28 au soir la situation est tellement préoccupante que le malade a été endormi la prostate enlevée et un tamponnement serré pratiqué.

Les suites sont normales, le résultat fonctionnel est excellent et le malade a pu jouir d'une bonne santé pendant 5 ans encore.

L'examen de pièce opératoire montre une prostate de 57 gr.

avec incontestablement un adénome formé de lobes, les uns pseudokystiques, les autres glandulaires simples, très végétants, les autres fibreux ; mais il y a une dégénérescence néoplasique sous forme de traînées de tube glandulaire ou d'amas cellulaire dans les tissus conjonctifs ou musculaires, notamment dans la paroi vésicale.

OBSERVATION XVII

(Relevée de la *Clinique chirurgicale de Chicago*
par le docteur H. L. Kreschmer en 1917).

C'est un homme de 69 ans admis à l'hôpital il y a 10 jours avec l'histoire suivante :

Il y a 6 jours il a eu difficulté d'uriner avec les douleurs localisées dans le penis pendant la miction.

Dans le temps, il avait une miction très difficile et il essayait souvent pendant quelques heures pour n'émettre que quelques gouttes ; cette dysurie variait suivant les jours.

Il y a 3 ans, il a éprouvé des douleurs dans l'urètre avec apparition de quelques gouttes de sang deux à trois fois dans la matinée, après laquelle l'urine était normale de couler.

Un an après une légère quantité de sang sortait de l'urètre. Pendant les 5 dernières années, il était obligé de se lever 4 et 5 fois la nuit, 4 jours avant son entrée à l'hôpital le malade avait une sévère hémorragie associée avec douleur dans le penis qui progressivement s'épuisait, et quand il travaillait il avait une urine sanglante noire avec de nombreux caillots. Son état s'aggrave rapidement avec des douleurs considérables sus-pubiennes et plus ou moins d'envies d'uriner.

A l'examen c'est un petit homme chétif, présentant quelques râles et un léger souffle systolique mitral.

Dans la partie inférieure de l'abdomen le globe vésical est distendu depuis le pubis jusqu'à l'ombilic et très sensible.

Au toucher rectal, prostate modérément hypertrophiée avec surface douce, pas de dureté ; le toucher n'est pas douloureux, la vésicule séminale est normale.

L'examen de l'urine montre du sang et du pus sans sucre ni trace d'albumine.

D'après ces données le diagnostic d'hypertrophie prostatique avec rétention d'urine et hémorragie intravésicale est fait ; le cathétérisme urétral se fait facilement mais l'urine ne s'écoule qu'après avoir retiré des caillots qui démontrent que le malade avait eu avant son entrée une grande hémorragie intravésicale avec des caillots, aussi la cystoscopie a été impossible et on fait sous l'anesthésie locale une cystostomie.

La vessie était pleine de sang et de caillots, après lavage je l'ai explorée et j'ai vu une légère hypertrophie du lobe latéral avec un lobe médian très proéminent qui est projeté dans la vessie comme un petit utérus.

Sur la partie postérieure de ce lobe médian on voyait une veine tortueuse qui était rompue et qui était l'origine de l'hémorragie. J'ai fait une semaine après la cystostomie, prostatectomie sous l'anesthésie rachidienne qui a guéri le malade et n'a pas eu depuis d'autre hémorragie.

OBSERVATION XVIII

(Rapportée par Sir William Thomson
dans *British Medical Journal* en 1906).

C'est un homme de 57 ans qui en 1901 a subitement eu une hémorragie vésicale ; il n'avait pas souffert auparavant

de cela ; cette hémorragie survint après un violent exercice.

En 1902 il a consulté un médecin qui a cru à une lithiase rénale et lui a conseillé Contrexéville, ce qu'il a fait, mais l'hémorragie continua encore ; il a consulté un autre médecin qui a cru à un calcul mais tout de même il avait pensé à la possibilité d'une tumeur vésicale. La radiographie n'a rien montré ni dans les reins, ni dans la vessie, ni dans l'urètre.

En 1903 il m'a consulté ; il n'avait aucune douleur ni de l'urètre ni de la vessie, ni aucune difficulté de miction et parvenait à garder l'urine pendant 5 heures dans la journée ; il dormait bien et le matin se réveillait à 6 heures où il urinait bien. Au toucher la prostate était grosse, molle et régulière.

En 1905 il présente une dysurie avec, pour la première fois, une rétention qui a été sondée.

En juin il me voit encore ; son état était plus mauvais, pas de sang dans l'urine qui était alcaline et fétide avec beaucoup de pus. Avec des lavages et d'autres médicaments l'urine redevient acide.

Au 8 juillet au soir il y a eu une très grosse hémorragie, tous les moyens essayés n'ont pas pu l'arrêter ; j'ai cru que l'hémorragie provenait de la prostate et j'ai fait une cystostomie ; à l'ouverture de la vessie j'ai trouvé de calculs dans la poche-post prostatique qui étaient ronds et mous. La prostate était molle et projetée dans la vessie, le lobe droit était plus grand.

Pendant l'opération il y avait une grosse quantité d'hémorragie qui fut arrêtée complètement après l'opération ; il a guéri en 4 semaines.

A l'examen j'ai aperçu sur le lobe gauche de la prostate

des veines turgescentes que j'ai pensé être l'origine et la cause de l'hémorragie.

OBSERVATION XIX

(Rapportée par Adler, publiée dans *Berliner Klinische* en 1892.)

Le malade de 66 ans, souffrait depuis quinze ans de dysurie et il avait appris à se faire cathétériser lui-même.

En novembre 1892 il n'a pu arriver à faire le sondage qu'après des essais répétés. Le 29 septembre le cathétérisme est devenu impossible et entraîne une grande hémorragie. Le médecin non plus n'a pu y arriver. Le lendemain il entre à l'hôpital juif avec l'anémie et le pouls imperceptible. La vessie atteint l'ombilic ; l'urètre est bouché par les caillots.

Au toucher rectal une prostate énorme est constatée dont l'extrémité supérieure ne pouvait pas être atteinte. Nous non plus nous n'avons pu le cathétériser et nous n'avons pas continué car nous étions certains qu'il existait une fausse route. Après avoir retiré l'instrument, une grosse quantité de sang coula par le méat. Immédiatement nous avons fait la cystostomie avec le Dr Israël.

A l'ouverture la vessie était pleine de sang, nous l'avons drainée et nous avons tamponné la plaie opératoire.

Le malade rentre vite en convalescence, l'urine qui passait par la plaie opératoire ne contenait que très peu de sang ; ce n'est que le 5 octobre, six jours après, qu'une nouvelle hémorragie survint pendant la nuit qui fut répétée les deux nuits suivantes. Le fait curieux c'est que jamais on ne trouve de sang dans l'urine pendant le jour.

Le 8 octobre nous avons drainé la vessie par une cystos-

tomie périnéale. Bien que l'urine s'écoulait sur toute la plaie opératoire l'hémorragie s'arrête.

Après trois semaines nous enlevons le drain inférieur. Nous croyons que l'hémorragie serait définitivement arrêtée quand dans la nuit du 5 novembre, sans raison apparente, une nouvelle hémorragie survint qui ne s'arrêta qu'après une irrigation chaude de trois heures. Le jour suivant le malade était parfaitement bien, et l'urine n'a pas montré de sang.

Dans la nuit du 6 à 7 novembre, nouvelle hémorragie extrêmement importante que cette fois il fut impossible d'arrêter; la vessie était tout à fait remplie de caillots montant jusqu'au niveau de l'ombilic, le sang coulait sans arrêt de la fistule et de l'urètre et des ténésmes pénibles empêchaient tout repos au malade. Ce ne fut que vers le matin que l'hémorragie s'arrêta spontanément sans doute à cause de la faiblesse du malade. Vers 11 heures du matin une nouvelle hémorragie; après avoir demandé l'avis du Dr Israël j'ai ouvert légèrement la vessie : nous avons pu voir que le sang parvenait nettement de la surface de la prostate. Nous avons arrêté l'hémorragie avec tamponnement et le malade extrêmement affaibli, presque en état de collapsus ne put survivre à l'opération; quelques heures après il succomba.

L'examen des pièces opératoires montrait la prostate très grosse, sphérique et régulière avec les deux lobes symétriques; l'urètre prostatique a subi une altération profonde avec déviation de 5 centimètres du plan sagittal.

A la face postérieure de la partie prostatique de l'urètre il y avait une déchirure profonde. A la coupe la prostate montre, à côté de l'hypertrophie, des concrétions brunâtres qui au grossissement se montrent comme une quantité énorme

de vaisseaux ouverts ; nous avons pensé à un tissu caverneux et c'était justement cet endroit qui saignait et que nous avons vu à l'ouverture de la vessie.

OBSERVATION XX

(Rapportée par M. Loumeau devant la Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux en 1910.)

C'est un homme de 46 ans, comptable à Bordeaux, d'une vie sobre et régulière, qui sans autre antécédent pathologique qu'une blennorragie passagère à 21 ans et syphilis bénigne et toujours bien soignée à 25 ans, constate avec surprise le 12 février dernier, dans sa première urine matinale une teinte légèrement rosée. Cette coloration s'accroît progressivement pour devenir, le 17 au matin, franchement sanguinolente. Dans la même journée l'hématurie devient encore plus foncée, totale, continue et compliquée de volumineux caillots rendant la miction de plus en plus difficile et douloureuse.

Invité par son médecin à examiner le patient vers la fin de l'après-midi je trouvais celui-ci très pâle, fort inquiet et rendant en plein canal un liquide rouge propre, sans présenter rien d'anormal du côté des uretères ni des reins. Avec une béniqué n° 18 facilement introduite, la vessie est débarrassée d'une grande quantité de sang liquide et coagulé puis lavée à l'eau boricuée chaude jusqu'à ce que plus rien ne s'écoule par la sonde.

Le toucher rectal me révèle alors l'existence d'une masse pâteuse intravésicale qui avait donné la spontanéité et l'abondance des hématuries qui n'ont été précédées d'aucune colique néphrétique, semble bien accuser la présence d'une tumeur

impossible d'ailleurs à contrôler à la cystoscopie à cause de l'intensité de l'hémorragie.

Vers minuit l'hématurie est devenue telle que la vessie distendue et bourrée de caillots ne peut plus se vider naturellement. Le cathétérisme évacuateur tenté par un médecin s'était heurté profondément contre un obstacle infranchissable. Je suis appelé d'urgence au chevet du patient ; je le trouve en proie aux douleurs angoissantes de la rétention complète aiguë d'urine, douleurs qui rendent plus pénible encore l'épouvante causée au milieu de la nuit, et de l'affolement général de la famille, par l'écoulement ininterrompu du sang qui rougit de tous côtés les vêtements et le lit. Conduit immédiatement à ma clinique le malade y est sondé avec le n° 20 qui après un arrêt momentané devant un léger spasme urétral permet le sondage de la vessie et reste à demeure constamment ouverte dans un urinal aseptique.

Le lendemain, 18 février, cinq jours après le début, l'hématurie, réfractaire à tous les traitements médicaux habituels persiste sans relâche et le malade menacé de succomber aux progrès d'une anurie suraiguë, je décide de l'opérer sans plus tarder sous le chloroforme en position de Trendelenbourg. La taille hypogastrique est rapidement pratiquée dans le double but d'arrêter l'hémorragie vésicale et supprimer la cause, si possible, le néoplasme devant en être la cause. L'ouverture très large de la vessie permet d'évacuer beaucoup de sang et des caillots noirâtres mais elle ne dévoile aucune trace de tumeur ni d'ulcération. Les uretères émettant un liquide citrin qui démontre l'intégrité des deux reins et l'orifice cervical absolument vide n'est accidenté d'aucune saillie suspecte. En revanche, la muqueuse vésicale est dans

toute son étendue fortement congestionnée, surélevée par les reliefs sinueux de grosses veines turgescents et lubrifiées par une abondante transudation séreuse. Ces constatations faites me prouvent que la masse intravésicale prise avant la cystostomie pour une tumeur de la vessie n'était formée que par des caillots.

La plaie opératoire est suturée au-dessus et au-dessous du tube de Perrein Guyon appliqué pendant quelques jours pour drainage de la vessie ; la guérison survint avec la plus simple modalité sans offrir d'autre particularité à signaler que la suppression définitive de l'hématurie à la suite de mon intervention.

OBSERVATION XXI

(Rapportée par M. E. Perrin publiée
dans *Lyon Médical* de 1932.)

M. H..., 66 ans, hospitalisé à l'Antiquaille pour hématurie et rétention d'urine.

En 1926, première hématurie pour laquelle le Dr Souty consulté conseille un traitement médical. Les hématuries cessent, recommencent en 1928 et s'amendent à nouveau ; mais elle réapparaît en 1930 plus importante et sans troubles dysuriques véritables ; ce malade expulse des caillots ; à l'entendre il s'agit d'hématuries surtout initiales, l'urine s'éclaircissant à la fin de la miction. Après s'être une fois de plus amendées, les hématuries réapparaissent plus importantes et le 24 octobre 1931, déterminent une première et unique crise de rétention pour laquelle le malade entre à l'hôpital.

J'étais alors en vacances, un cathétérisme ramène les urines sanglantes et des caillots font cesser la rétention.

Mais l'hématurie persiste. Le toucher rectal faisait sentir, me dit-on, une prostate de volume habituel, s'orientant vers le diagnostic de tumeur de la vessie; la cystoscopie fut pratiquée mais inutilement en raison de la faculté avec laquelle l'hématurie se déclanchait. Un examen cardio-pulmonaire pratiqué par le Dr Bahier fut dans l'ensemble négatif, l'azotémie était de 0,30 %.

A mon retour on me présenta un malade assez anémié. Le toucher rectal me révèle une prostate plus volumineuse qu'elle n'avait paru jusqu'alors, mais lisse et souple. Je fis le diagnostic d'hématurie causée par un adénome prostatique et décidai d'intervenir en faisant observer à mon entourage que je basais l'indication opératoire non pas sur des signes dysuriques peu importants en l'espèce, mais sur le symptôme hématurique.

Le 13 novembre 1931, taille vésicale sus-pubienne, j'aperçois dans la vessie une masse recouverte d'une muqueuse lisse presque pédiculée et qu'il est facile d'identifier comme un énorme lobe médian. En raison de la nécessité d'en finir rapidement avec ces hématuries qui deviennent inquiétantes et en présence d'une azotémie de 0,30 qui est favorable, j'ai fait une prostatectomie en un temps.

Les suites ont été simples. L'hémorragie post-opératoire n'a été ni plus abondante ni plus dure que de coutume. La plaie sus-pubienne est sur le point d'être fermée.

L'examen des pièces opératoires montre sur le lobe médian volumineux une suffusion sanguine avec plusieurs petits adénomes peu volumineux que j'ai enlevés en même temps présentaient le même aspect d'adénome banal confirmé d'ailleurs par l'examen histologique.

OBSERVATION XXII

(Rapportée par Louis Phelip devant la Société Nationale de médecine et de chirurgie en 1935).

M. P..., 70 ans, commerçant, m'est adressé par le Dr Lagaine au début de ce mois, aucun antécédent pathologique particulier tant au point de vue héréditaire que personnel. Excellente santé habituelle.

En mai 1934 hématurie qui a été attribuée aux reins.

Le 8 novembre, nouvelle hématurie accompagnée de rétention complète qui nécessite un cathétérisme ; la rétention ne cesse pas et le cathétérisme devient impossible quand la miction se rétablit spontanément.

La malade vient alors me voir.

Les urines sont claires, on trouve un résidu de 25 gr.

Le toucher rectal montre une petite prostate. La pression maximum égale 16 de Gallavardin. Temps de saignement et de coagulation normaux. Urée sanguine égale 0,32. L'endoscopie montre un lobe médian net et des ecchymoses au col sur les deux versants. Cet examen ne provoque pas d'hémorragie. Je pense pratiquer une résection prostatique et le malade rentre chez lui pour se préparer.

Le lendemain l'hémorragie se reproduit avec nouvelle rétention. Je pratique alors de suite une cystostomie ; le drainage à tube coudé de Marion arrête l'hémorragie. Je fais injecter au malade de l'anthéma et les jours suivants du gluconate de calcium ; trois jours après, dans la matinée, nouvelle hémorragie qui cède à un lavage très chaud. A midi elle se reproduit brusque et abondante, le poulx est filant, la tension est tombée de 16 à 10, je pratique alors à 2 h. une

prostatectomie suivie d'un tamponnement ; la vessie contenait près de 400 gr. de caillots. Je fais remonter le malade, envisageant pour le soir une transfusion : elle est inutile, l'hémorragie cesse et l'état s'améliore vite ; 4 jours pleins ensuite j'enlève les mèches, pas d'hémorragie le jour même léger suintement rouge le lendemain qui s'arrête puis recommence ; 5 jours après j'établis alors l'irrigation continue qui arrête enfin toute l'hémorragie.

OBSERVATION XXIII

(Rapportée par Bazy devant la Société de Chirurgie en 1896.)

C'est un homme de 62 ans auprès duquel je fus appelé le 2 août dernier. Il me raconte qu'il a été pris de rétention une quinzaine de jours auparavant. Un médecin appelé le sonde avec une sonde en caoutchouc et lui retire une grande quantité d'urine sanglante. Cette hémorragie continue peu abondante, il est vrai, mais très appréciable pendant une huitaine de jours. Elle affaiblit notablement le malade. Le malade continue à être sondé 3 fois par jour avec la sonde en caoutchouc.

Quand je le vois, son état est très bon et je ne peux que l'engager à continuer des cathétérismes aseptiques et répétés 3 fois par jour avec lavages. Mais dès le lendemain l'hématurie se reproduit très légère, elle augmente le soir, paraît-il ; on met la sonde à demeure. Le lendemain, c'était dimanche, je n'étais pas à Paris, on ne me prévient pas ; l'hémorragie continue ; des caillots remplissent la vessie ; on est obligé de les faire sortir par aspiration, on fait des irrigations chaudes, on injecte une solution d'antypirine, de nitrate d'ar-

gent, rien n'y fait. Le lendemain je vois le malade et le trouve très affaibli. Je continue la médication et annonce que si dès le lendemain l'hémorragie n'est pas arrêtée, il faudra faire la taille ; cette hémorragie me paraît si abondante, si rebelle, que je pratique à nouveau le toucher rectal pour voir s'il ne s'agissait pas d'un néoplasme vésical au lieu d'une hypertrophie que j'avais constatée dès le premier examen. Or en portant mon doigt profondément et en dépassant par en haut les limites de la prostate, j'eus la sensation d'une tumeur un peu ferme, non adhérente à la paroi inférieure de la vessie et faisant une saillie notable dans son intérieur.

C'était, comme nous le vîmes dans l'opération, la prostate qui faisait saillie dans l'intérieur de la vessie, ou peut-être un caillot volumineux que nous trouvâmes dans le bas-fonds.

Quoi qu'il en soit, le lendemain l'hémorragie continuant, je fis la taille ; la vessie ouverte je trouve un gros caillot noir, rougeâtre, ferme, occupant le bas-fonds vésical, je trouve une tumeur qui n'était que la prostate faisant saillie à l'intérieur de la vessie.

La vessie était saine, à peine un peu injectée, pas de néoplasme ; je cherche la source de l'hémorragie et sur le côté gauche de la prostate dont le tissu est mou quoique élastique comme une tumeur érectile, un peu tendue, je vois un léger suintement sanguin ; en frottant légèrement ce vaisseau, on voit immédiatement un petit jet de sang artériel se dirigeant vers l'intérieur de la vessie. Je cautérise ce point à plusieurs reprises ; je détruis à fer rouge la plus grande partie de la prostate ; je tamponne la vessie, une sonde à demeure est mise puis je suture la vessie. Les suites furent simples ; le malade urine en partie par sonde, en partie seul.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

En présence d'une hémorragie en apparence prostatique comme le fait remarquer M. le Professeur Marion, il faut commencer par éliminer la possibilité du saignement des autres organes et s'arrêter à la prostate une fois qu'on a vérifié que le sang ne vient d'aucun autre point de l'appareil urinaire. Pour cela nous envisageons d'abord le diagnostic positif puis le diagnostic différentiel.

Le diagnostic positif peut être fait par l'examen clinique du malade, examen des urines, urétroscopie et surtout cystoscopie.

A l'examen clinique l'hémorragie prostatique se présente le plus fréquemment sous forme initiale et terminale qui peut être constatée en faisant uriner le malade dans trois verres. Parfois elle peut être sous forme d'une hématurie purement initiale; souvent elle se manifeste sous l'apparence totale, mais elle est en réalité terminale et l'urine sera plus colorée dans le dernier verre. Quelquefois il existe hématurie et urétrorragie, exceptionnellement on a signalé l'urétrorragie seule.

Le sondage vésical est un moyen très utile, d'abord

il peut éliminer l'existence de rétrécissement ou de tumeur provoquant l'hémorragie. Il peut nous renseigner sur l'existence d'une urétrorragie simple ou accompagnée d'une hématurie. Nous pouvons aussi éliminer l'origine rénale, l'urine s'éclaircira plus rapidement par le lavage que si l'hémorragie était d'origine vésicale.

Le toucher rectal est un moyen adjuvant qui nous fera savoir l'existence d'une affection prostatique capable de déterminer une hémorragie et nous aidera à faire le diagnostic précis qui devra être complété par d'autres moyens d'exploration.

L'examen bactériologique des urines nous révèle si l'infection était une cause de l'hémorragie.

L'urétroscopie peut démontrer l'origine du saignement et s'il existe un néoplasme ou des lésions d'urétrite prostatique ; elle démontre également l'état de veru montanum et des orifices des canaux éjaculateurs. Quelquefois aussi on peut voir le saignement provenant soit d'un petit vaisseau, soit en nappe et nettement de l'urètre prostatique ; dans ces cas le toucher rectal précisera s'il s'agit d'une hypertrophie, de tuberculose ou d'un néoplasme de la prostate.

La cystoscopie est le meilleur moyen d'exploration qui nous renseigne sur l'origine des hémorragies. M. le Professeur Marion insiste encore qu'on la pratique systématiquement chez les malades qui saignent. Elle nous fera éliminer les hématuries d'origine autre que la prostate, ainsi que le point de la muqueuse vésicale qui saigne ; elle montre aussi si l'hémorragie

provenait d'un vaisseau ou si elle est en nappe. Dans le cas où la cystoscopie est faite en dehors des périodes de saignement, elle nous montre l'état angiomateux d'une muqueuse très rouge, turgescence, parsemée de veinules, très dilatée où la présence des caillots sur les différents points de cette muqueuse.

Le diagnostic différentiel avec hématurie d'origine rénale peut se faire par l'examen de l'urine par lavage de la vessie, et surtout par la cystoscopie. L'hématurie rénale est toujours d'apparence totale et le lavage de la vessie éclaircira rapidement le liquide. La cystoscopie déterminera par quel orifice urétral le sang sortira.

Avec les hématuries vésicales c'est la cystoscopie qui précisera l'origine du saignement ; on pourra se rendre compte si l'hémorragie est déterminée par un polype, un calcul ou des lésions de cystite, ou si l'hémorragie est nettement limitée à la région vésicale de la prostate.

Avec l'urétrorragie traumatique par rupture le diagnostic se fait par la notion du traumatisme, dysurie et coexistence fréquente des fractures des os du bassin ; mais dans ces cas les hémorragies prostatiques sont de moindre importance.

Avec l'urétrorragie de fausse route le diagnostic se fait par le sang qui suit immédiatement la tentative d'exploration par défaut d'évacuation de l'urine, par l'impossibilité d'injecter du liquide par la sonde et par la douleur ressentie au moment de la production de fausse route.

Avec l'urétrorragie d'origine néoplasique ou inflammatoire de l'urètre le diagnostic se fait par l'urétroscopie.

Une fois l'origine prostatique déterminée par ces différents moyens il faut rechercher la nature de l'affection prostatique.

Avec la tuberculose de la prostate, le diagnostic se fait très facilement par la discrétion de l'hémorragie, par la coexistence d'une bacillose urinaire ou génitale et par le toucher rectal qui présente le noyau tuberculeux. Mais dans la période terminale, alors que les hémorragies sont devenues plus abondantes, le diagnostic s'impose par l'envahissement des organes voisins.

Le cancer de la prostate se diagnostique par la spontanéité des hémorragies et surtout par le toucher rectal qui décèle soit une prostate ligneuse, mal limitée, soit parsemée de noyaux durs.

Enfin le diagnostic des hémorragies de l'hypertrophie de la prostate qui fait l'objet de notre travail est très facile lorsqu'elles sont provoquées par le sondage, par fausse route.

Les hémorragies spontanées se reconnaîtront par leur apparition plus fréquente au moment de la miction, par leur caractère d'être initiales et terminales, par le toucher rectal et enfin par l'infection de l'urine. Dans les hémorragies abondantes et inquiétantes où les tentatives de cathétérisme sont restées infructueuses ne pouvant faire la cystoscopie, on ne peut déterminer l'origine du saignement que par la cystos-

tomie qui en évacuant la vessie distendue débarrassée par le lavage du sang et des caillots, nous renseigne sur l'origine du saignement.

TRAITEMENT.

Actuellement où la prostatectomie est devenue une opération courante, le moyen le plus sûr pour prévenir les accidents graves auxquels les prostatiques sont exposés, est de la pratiquer d'une façon précoce.

Mais cette intervention ne peut être réalisée toujours, soit parce que l'état des malades est injustifiable, soit parce qu'ils s'opposent obstinément à ce genre d'opération. C'est dans ces conditions qu'il faut observer les précautions nécessaires au cours de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate pour éviter aux malades les risques de ces accidents graves : il faut leur conseiller d'éviter pendant la période de début toute cause de congestion des organes du petit bassin qui les prédisposent à la rétention et à l'hémorragie.

Dans la période de résidu et rétention incomplète, il faut sonder les malades régulièrement avec le plus grand soin. En cas d'une rétention aiguë il faut pratiquer le cathétérisme très lentement et très minutieusement pour éviter l'hémorragie à vacuo. Les mesures de désinfection doivent être observées d'une façon stricte pour ne pas infecter l'urine, ce qui deviendrait cause de l'hémorragie.

Contre les hémorragies assez abondantes la sonde à demeure est indiquée pour évacuer la vessie et assu-

rer son drainage continu à mesure que le sang se produit et même peut l'arrêter par phénomène de compression. S'il y a formation des caillots, il faut en débarrasser la vessie au moyen de lavages et aspiration, car leur présence entretiendrait l'hémorragie.

Si l'hémorragie se prolonge et si les caillots viennent boucher la sonde continuellement, la cystostomie s'impose, elle évacue la vessie de ses caillots qui par leur présence causent la persistance de l'hémorragie. Cette manœuvre permet aussi de contrôler l'origine du saignement et de préparer le malade pour une prostatectomie ultérieure si son état ne permet pas de la pratiquer à la même occasion.

Enfin dans le cas où malgré la cystostomie l'hémorragie continue et où on constate son origine prostatique, c'est la prostatectomie d'emblée qui trouve son indication formelle pour sauver la vie du malade en supprimant à la fois la source et la cause de l'hémorragie.

Dans ces cas, il ne faut pas être très stricte sur l'état fonctionnel du malade, la seule chance d'espérer de sauver le malade est l'intervention immédiate. D'ailleurs parmi nos observations, nous trouvons les cas où l'urgence d'intervention n'avait pas laissé le temps au chirurgien de se renseigner sur l'état fonctionnel du rein ; on a opéré avec un succès inespéré.

CONCLUSIONS

Les grandes hémorragies prostatiques sont des accidents graves qui peuvent survenir au cours de l'évolution de l'adénome de la prostate.

Elles sont très rares dans la période de début et même exceptionnelles comme premier symptôme de l'hypertrophie. Elles se produisent plus fréquemment pendant la période de rétention complète ou incomplète, aiguë ou chronique, avec ou sans distension, en compliquant la marche et l'évolution de la maladie.

Elles apparaissent soit sous forme d'urétrorragie qui est très rare, soit urétrorragie et hématurie, l'hématurie qui est initiale et terminale, ou totale avec prédominance terminale.

Leur caractère est d'être *abondante, prolongée*, mais surtout incoercible et persistante malgré les traitements habituels.

Elles peuvent être *spontanées* ou *provoquées*; ces dernières sont causées soit par un cathétérisme très brusque (hémorragie à vacuo), soit très brutal et défectueux (hémorragie par fausse route, mais qui rare-

ment devient grave). Parfois même elles peuvent être produites après un cathétérisme pratiqué dans les conditions les plus correctes et les plus méthodiques.

L'origine de ces hémorragies peut être extra prostatique et due à des lésions rénales, vésicales, urétérales ou urétrales ; dans ces cas l'hypertrophie n'est qu'une coïncidence ou une cause favorisante.

Il peut être prostatique avec participation des autres points de l'arbre urinaire (hémorragie à vacuo), ou bien enfin il peut être purement prostatique, le sang provenant de la muqueuse de l'urètre prostatique, de la muqueuse du col de la vessie, ou bien de la muqueuse qui recouvre les lobes prostatiques ; dans ce dernier cas l'origine a été trouvée à l'opération et elle était due soit à une ulcération siégeant sur la partie postérieure du lobe médian, soit à un vaisseau dilaté ou variqueux, turgescant et congestionné situé sur le même lobe, soit enfin à des points de suffusion et congestion aperçus sur la muqueuse recouvrant les lobes intravésicaux, et alors on peut expliquer l'hémorragie par phénomène de transsudation.

Le diagnostic repose sur l'examen clinique, sur l'examen des urines et surtout sur l'examen cystoscopique.

Le traitement consiste d'abord en une cystostomie qui a pour effet d'évacuer à la fois la vessie distendue et de la débarrasser des caillots sanguins. En général, l'hémorragie cesse et la cystostomie prépare le malade pour une prostatectomie ultérieure. Par contre, si l'hé-

morragie continue, il faut pratiquer la prostatectomie d'emblée.

Il est à noter que tous les cas de prostatectomie d'urgence pour hémorragie grave se sont terminés par la guérison du malade.

Vu : le Président de la thèse,

MARION

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER (G. M.). — A propos des hémorragies mortelles de la prostate chez les prostatiques (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1892, p. 542).
- ALCLAVE. — Hémorragie et saignement de la prostate (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1900)*
- ADENOT. — Rétention aiguë avec hématurie grave (*Archive provinciale de chirurgie*, Lyon, t. XI, p. 65, 2 février 1902).
- ALBARRAN. — *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1904, t. XLIX, p. 303.
- AUMONT. — Cystostomie et hémorragie grave d'origine prostatique (*Bulletins et mémoires de société nationale de chirurgie*, 1929, t. LV, p. 1243).
- ALBARRAN. — Affections des voies urinaires : les hématuries prostatiques (Leçons recueillies par le Dr Lanfer. *Médecine moderne*, Paris, 1904, n° 13, p. 97).
- Albert TACHOT. — Hémorragies graves et répétées chez un prostatique ayant nécessité une taille d'urgence puis une prostatectomie d'urgence (XXXV^e Congrès de l'Association française d'urologie, Paris, 7-12 octobre 1935. Suite et fin. *In presse médicale*, 9 novembre 1935).
- BAZY (P.). — Sur la taille hypogastrique chez les prostatiques (*Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie*.

- Séance du 12 février 1896. *Presse médicale*, Paris, 1897, II, p. 149).
- BRECHERE (E.). — *Wiener Klinisch wchenschrift*, 1926, XXXIX, p. 1136.
- BOYD. — *American Journal of surgery*, 1933, XXII, p. 203.
- BAUMANN. — Zer Blutatillung und Slutsparung bel der prostatektomie (*Zentralbi, F. chirurg.*, 56, 2.132, 1929).
- BROWNG. VAN A. — Réduction of the risk element in prostatectomy (*Urol. et cutan. Rev.*, XXIX, 1925, p. 200).
- Charles H. de SHIVERS. — Uncontrollable hemorrhagies from a benigne prostatic enlargement (*Journal of urologie*). Vol. 34, n° 5, novembre 1935).
- CASARIEGO (Arturo G.). — *Rev. de médecine y cir. de la Habana*, 1927, XXXII.
- BRAASCH (W. F.). — *Trans. Amer. assoc. gen. urine. Surg.* 1926, XIX, p. 276.
- CAPORAL (L.). — Pallone emostitico per emoragio della prostata (*Bull. e. Mem. Soc. Piemontaise edi. Chir.*, 3, 899, 1933).
- CHEVASSU (M.). — Le danger d'hémorragie après la prostatectomie sus-pubienne et les moyens de la combattre (*Paris Méd.*, LIII, 1924, p. 102).
- CHRISTIAN (E.). — Les hémorragies après la prostatectomie hypogastrique (*Rev. urolog.*, fév. 1934).
- DEBENHAM (R. K.). — *British Journal of Surgery*, 1933, XXI, p. 44.
- EL DAVIS. — Massive secondary post. prostatectomy hemorrhage controlled by endoscopie fulguration (*Journal Urol.*, 28, 365, sept.1932).
- DAX. — Le traitement des hémorragies au cours de la pros-

tatectomie par les injections intraveineuses de citrate de soude (*Soc. Méd. de chirurgie de Bordeaux*, 22 juillet 1927).

ESCAT. — Les hématuries rénales chez les prostatiques. Thèse de Paris, 1897.

ESCAT. — Prostatectomie transvésicale d'urgence. Association française d'urol., XII, Session, 1908, p. 433.

FREYER (P. J.). — *Britisch Med. Journal*, 1907, I, p. 551.

GOLDBERG. — *New-Yorker Med. Monatcher.*, 1906, XVIII, p. 272.

GUYON. — Hémorragies et saignements de la Prostate. *Ann. Mal. org. gen. urinaires*, 1900.

HEITZ BOYER. — Soc. Nat. de chirurgie de Paris. Séance du 20 novembre 1929.

KRETSCHMER (H. L.). — *Surg. Clin. Chicago*, 1917, I, p. 811.

KEYES (E. L.). — *Urology 1928 chapter*, 24, p. 239.

LECHTENSTEIN. — *Stschr. F. Arztl. Fortbild.* Jena 1929, XXVI, p. 521.

LAROCHE (A.) et VINTICI. — Les hémorragies prostatiques (*Journal d'urologie*, 1929, XXVIII).

LOUMEAU. — Hématurie vésicale chez un prostatique (*Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 13 mai 1910, n° 32, p. 379).

LEGUEU. — *Traité d'urologie*.

LEGUEU et GARCIN. — Traitement préventif des hémorragies de la prostatectomie transv. (*La semaine des hôpitaux de Paris*, II, 17 juillet 1925, p. 41).

M. MALLEBAY. — Les hypertrophies de la prostate qui saignent. Thèse de Paris, 1921.

MICHON. — Séance du 20 novembre 1929 de la Sté Nle de

- chir cystostomie dans les hématuries graves d'origine prostatique.
- M. G. MARION. — *Encyclopédie d'urologie française*, t. VI sur l'hypertrophie de la prostate, p. 481.
- M. G. MARION. — *Traité d'urologie et traité de cystoscopie*.
- MOTZ et SUAREY. — Des hémorragies spontanées de la prostate (*Ann. des maladies des organes gen. ord.*).
- NOGUÈS (Paul). — A propos des hémorragies prostatiques (*Journal d'urologie Med. et chirurg.*, n° I, juillet 1933, p. 23).
- L. PHELIP. — Prostatectomie d'urgence pour hémorragies (*Lyon Médical*, 155, p. 198-199).
- POUSSON. — *Traité d'urologie*.
- PASTEAU. — Assoc. franç. d'urologie. Procès-verbaux, 1911, XV^e session, p. 733. A propos des hémorragies d'origines prostatiques.
- PASTEAU. — Prostatectomie différée et prostatectomie d'urgence (*Paris Méd.*, 1925, p. 54).
- PERRIN. — Indications opératoires tirées de symptômes, hématuries dans l'hypertrophie de la prostate (*Lyon Médical*, 1939, t. 149, p. 200).
- SEGUROLA. — Prostatectomy in incontrollable hemoragie (*Ann. de cir.*, 2, 251, June 1930).
- SEGUROLA ALBARDI. — Traitement de las grandes hemoragias per hipertrofia de la Prostate (*Cron. Med. Quir. de la habana*, 59, p. 441, nov. 1933).
- REYNARD (Lyon). — Les hématuries chez les prostatiques indépendantes de la prostate, XXVII^e Congrès de l'association française d'urologie, 1928.

SALVINI. — Résultats de la prostatectomie, *Journ. d'urologie*, 1925, p. 103.

VIANNAY. — Un cas d'hémorragies graves chez un prostatique, XXII^e congrès de l'Assoc. franç. d'urologie, 1922.

Impr. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-36
